FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

André PLAISANT

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS DES PYODERMITES

CHEZ L'ENFANT

Président : M. MARFAN, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Ph ysique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER N...
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE CHAUFFARD WIDAL
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU HARTMANN N.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUENIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

51565

A MON PÈRE A MA MÈRE

A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1907. Monsieur le Docteur TUFFIER
(Hôpital Beaujon)

1908. Monsieur le Professeur LETULLE
(Hôpital Boucicaut)

1909. Monsieur le Professeur ACHARD
(Hôpital Necker)

1909. Monsieur le Docteur BARIÉ
(Hôpital Laënnec)

Externat

1910-1911. Monsieur le Professeur GILBERT
(Hôpital Broussais)

1916-1917. Monsieur le Docteur TUFFIER
(Hôpital Beaujon)

1917-1918. Monsieur le Docteur JOSUÉ
(Hôpital de la Pitié).

A M. le Docteur BOUFFE de SAINT-BLAISE
(Maternité de l'hôpital Tenon).

A Monsieur le Professeur MARFAN
(Hôpital des Enfants-Malades).

A MES CHEFS DE CONFÉRENCE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

MONSIEUR LE DOCTEUR SAUVÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLANDRE

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

COMPLICATIONS DES PYODERMITES

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Quiconque a quelque peu fréquenté un service de consultation infantile n'a pu manquer d'être frappé du grand nombre de petits malades atteints de pyodermites. Il est assez curieux d'observer que dans la majorité des cas ce n'est pas à ce sujet qu'ils sont amenés par leurs parents qui ne sont nullement préoccupés par ces lésions cutanées.

Le manque de propreté est trop souvent à l'origine de ces pyodermites, puis comme il est d'usage dans le public de tenir pour négligeables des affections aussi communes que « des gourmes, des croûtes de lait » le manque de soin leur permet de s'étendre et de s'aggraver.

Lorsqu'on voit certains enfants dont le visage et le cuir chevelu disparaissent sous les croûtes, il serait invraisemblable de penser que cela pût ne pas avoir de répercussion sur l'état général, et, de fait, ces enfants sont souvent maigres, fébricitants, insomnieux et c'est, en décrivant des troubles digestifs mal

déterminés, que les parents viennent demander un avis.

Outre ces cas, où l'on ne peut mettre en évidence une fonction plus particulièrement troublée, il en est d'autres où ces pyodermites, si banales et réputées si inoffensives par le public, peuvent être la cause de complications frappant électivement un organe déterminé, y produisant des lésions graves par leur pronostic immédiat ou éloigné.

Ce sont ces derniers cas qui sont l'objet de la présente étude. En quelques semaines nous avons eu l'occasion de voir à la salle Blache, à l'hôpital des Enfants-Malades, trois enfants chez qui des lésions négligées de le peau se sont compliquées de graves localisations à distance.

L'un qui était atteint d'ecthyma a présenté des lésions d'arthrite aiguë du tarse, heureusement guérie, mais on conçoit quel danger il a couru pour l'intégrité fonctionnelle de son pied.

Chez les deux autres enfants qui présentaient des lésions d'ecthyma et d'impétigo nous avons vu éclater des accidents de néphrite, d'une relative bénignité dans le premier cas, d'une gravité extrême dans le deuxième, au sujet duquel nous avons éprouvé un moment les plus vives inquiétudes.

Dans ce travail, nous ne nous proposons pas d'étudier toutes les complications de toutes les pyodermites, mais seulement d'exposer les recherches que nous avons été amenés à faire à propos des cas qu'il nous a été donné d'observer.

Ainsi nous n'aurons en vue parmi les pyodermites

que l'ecthyma et l'impétigo qui par leur fréquence, la superficialité de leurs lésions, le fait qu'elles sont souvent concomitantes semblent constituer un groupe à part. Parmi les complications, nous nous bornerons à l'étude des complications articulaires et rénales.

Nous n'avons pu trouver dans la littérature médicale d'autre observation de mono-arthrite consécutive à des pyodermites ; par contre nous avons pu trouver dans les observations de son service que M. le professeur Marfan à obligeamment mis à notre disposition trois autres cas de néphrite au cours de l'ecthyma et de l'impétigo.

Quarante-quatre cas de néphrites consécutives à l'ecthyma ou à l'impétigo ont déjà été cités dans des travaux précédents, cette importante documentation nous permettra de donner un plus grand développement à l'étude de cette complication.

Après avoir dit quelques mots des pyodermites, nous exposerons dans un commun chapitre les éléments pathogéniques communs à l'arthrite et à la néphrite qui peuvent survenir au cours de ces affections. Nous discuterons ensuite la réalité de l'arthrite infectieuse au cours de l'ecthyma.

Enfin nous procéderons à l'étude de la néphrite au cours de l'ecthyma et de l'impétigo, cherchant surtout à montrer les conditions étiologiques qui peuvent favoriser son apparition, les formes cliniques sous lesquelles elle peut se présenter, les difficultés qu'on peut rencontrer pour établir son diagnostic.

LES PYODERMITES

Parmi les pyodermites nous ne nous occuperons que de l'ecthyma, de l'impétigo et de l'eczéma impétiginé, puisque ce sont ces affections que nous avons retrouvées à l'origine des complications ayant évolué devant nous. *L'ecthyma* est une pyodermite pustulo-ulcéreuse inoculable et auto-inoculable constituée par de larges pustules jaunes et rondes reposant sur une aréole gonflée et enflammée. Ces pustules sont situées le plus souvent sur les mains, les pieds, les fesses, les membres. Elles s'ombiliquent rapidement puis se recouvrent d'une croûte épaisse, noire parfois ostréacée semblable à une petite escharre solidement enchassée dans la zone enflammée voisine. En dessous se trouve une ulcération, dont la base n'est pas indurée, mais parfois diffusément œdémateuse.

L'ulcération intéresse la couche basale du corps muqueux et dès lors laisse après elle une cicatrice. L'aspect clinique typique de l'ecthyma résulte précisément de cette localisation sur les couches profondes de l'épiderme et non de la spécificité de son agent microbien.

Cette pyodermite semble pouvoir être produite par

tous les pyocoques. Lewandowsky toutefois a montré qu'elle relève le plus souvent du streptocoque.

Pour Sabouraud « l'*impétigo* est une dermatose spéciale et spécifique, spontanément et expérimentalement inoculable, contagieuse, épidémique, caractérisée par la formation de phlycténules superficielles limpides, éphémères, vite ouvertes, donnant lieu par effusion d'un sérum très concressible à des croûtes larges, discoïdes, mélicériques, beaucoup plus stables que la phlyctène initiale qu'elles remplacent. Sous ces croûtes l'érosion épidermique grandit d'abord puis retrocède et guérit sans cicatrice en peu de jours. » L'impétigo siège le plus souvent à la face particulièrement autour des lèvres et des narines ou au cuir chevelu, il s'étend par poussées (*ab impetu*) caractère qui a servi à le dénommer. La lésion primitive est causée, dans la majorité des cas, par une minime excoriation, par l'inflammation de la lèvre supérieure consécutive à un coryza, par la perlèche et trop fréquemment par les lésions de grattage de la pédiculose.

L'impétigo évolue ordinairement sans fièvre, est souvent accompagné d'adénopathie et plus rarement de lymphangite de phlébite ou d'abcès.

La notion de l'origine microbienne, pyococcique externe de l'impétigo est acquise de longue date, mais de nombreuses discussions ont eu lieu au sujet de l'espèce bactérienne qu'il fallait accuser. Sabouraud a finalement démontré que l'impétigo pouvait évoluer selon différentes formes cliniques, et que

celles-ci relevaient de microbes différents. Il existe en effet un impétigo streptococcique,un impétigo staphylococcique et une forme vulgaire dans laquelle les deux espèces microbiennes sont associées, c'est à cette dernière que répond la description que nous avons donnée plus haut.

L'impétigo streptococcique ou de Tilbury Fox est éminemment contagieux,il est formé de bulles pleines d'un liquide clair, à évolution excentrique, apparaissant en quelques heures sur une base à peine rosée, le liquide devient louche, puis purulent, la bulle s'entoure d'un cercle congestif, et finalement se dessèche, sans s'ouvrir en une croûte jaunâtre qui persiste cinq ou six jours.

L'impétigo de Tilbury Fox évolue ainsi lorsqu'il reste purement streptococcique, mais le plus souvent il est secondairement envahi par le staphylocoque et évolue selon le type mixte à larges croûtes déjà cité.

La tourniole, ou panaris sous-épidermique, qui, dans un certain nombre de nos observations,coexiste avec l'impétigo n'est autre chose, selon Darier qu'une bulle d'impétigo streptococcique partie d'une crevasse ou d'une envie et qui tend à contourner l'ongle.

L'impétigo staphylococcique ou de Bockhart est formé de pustules d'emblée, pleines d'un jus jaune et crémeux souvent centrées par un poil,ces pustules apparaissent en quelques heures, sont très résistantes et ne se rompent que très tard, en donnant

des croûtes jaunes qui disparaissent par dessèchement ou éviction.

Au point de vue anatomo-pathologique, les différentes formes d'impétigo ont ceci de commun qu'elles consistent en un soulèvement de la couche cornée de l'épiderme, mais ne lèsent jamais profondément le corps muqueux de Malpighi.

Enfin l'impétigo peut se développer au cours d'un eczéma lorsque les vésicules ou les surfaces suintantes de l'eczéma sont envahies par les microbes pyogènes. « Dans ces eczémas, infectés, impétiginés, le liquide est louche ou purulent et se dessèche en croûtes mélicériques épaisses, sous lesquelles l'épiderme reste profondément érodé, de plus l'exaltation de virulence des microbes qui y ont cultivé a pour conséquence l'extension périphérique des lésions, et leur pullulation à distance par transport sous forme soit d'eczéma microbien, soit d'impétigo véritable » (Darier).

De cette étude nous voulons surtout retenir la superficialité des lésions de l'ecthyma et de l'impétigo, ainsi que le rôle prépondérant du streptocoque dans leur production.

COMPLICATIONS DES PYODERMITES. LEUR PATHOGÉNIE

S'il est aisé de comprendre comment les pyodermites peuvent provoquer des ophtalmies, des rhinites, des stomatites par simple extension à la surface des téguments, le mécanisme pathogénique des arthrites ou des néphrites à distance est plus délicat à interpréter et son exposition mérite quelque développement.

Nous ne citerons que pour mémoire l'ancienne théorie des métastases, aujourd'hui tombée en désuétude, du moins sous sa forme primitive.

Selon un autre théorie, les altérations de la peau en entravant ses fonctions d'émonctoire acessoire empêcheraient l'élimination de toxines microbiennes qui iraient secondairement léser divers organes.

Cette explication est valable jusqu'à un certain point pour la néphrite puisqu'on a pu constater de l'albumine dans les urines d'un chien dont on avait expérimentalement supprimé les fonctions cutanées pour le vernissage des téguments. Elle ne saurait expliquer l'arthrite qu'on n'a pas reproduit par ce mécanisme.

Et nous prétendons tirer argument du rappro-

chement de ces deux complications si différentes d'une même affection pour conclure que seule est vraisemblable l'explication pathogénique qui peut leur être appliquée à toutes deux. Cette explication on ne peut la trouver que dans la dissémination à travers l'organisme des germes et des toxines qui siègent dans les lésions cutanées.

Dans les croûtes où ils prolifèrent les microbes peuvent être rendus inoffensifs par un double mécanisme d'une part, par le suintement continuel qui les rejette à l'extérieur ; d'autre part, par la phagocytose à la limite du tissu vivant.

Si ce suintement se trouve arrêté pour une raison quelconque telle par exemple que la dessication complète des croûtes ou l'application d'un pansement imperméable, l'élimination mécanique des microbes cesse, il y a au contraire résorbtion des pyogènes et de leurs toxines.

Si la phagocytose devient insuffisante devant le trop grand nombre des agents infectieux, ceux-ci sont resorbés par les petits lymphatiques. Au niveau des ganglions lymphatiques, se produit un nouvel effort pour indiquer l'envahissement, cet effort se traduit cliniquement par l'adénite.

C'est un phénomène constant au cours des pyodermites d'une certaine durée ; heureusement, dans la très grande majorité des cas, les choses en restent là. Mais, au cas où la résistance ganglionnaire se trouve surmontée à son tour, l'accès des gros troncs lymphatiques est ouvert aux microbes, et, par cet

intermédiaire ils accèdent à la circulation veineuse. Il est vraisemblable que, dans d'autres cas, mais plus rarement il se produit une résorption veineuse directement au niveau de la plaie, à la faveur d'une fissure ou d'une croûte arrachée qui saigne. Quoiqu'il en soit, par l'un ou l'autre de ces procédés, les pyogènes et leurs toxines ont pénétré dans le milieu intérieur, la septicémie est constituée. On peut la mettre en évidence par la culture du sang ; par cette méthode, Wyss, et Lesné ainsi que Carrière de Lille ont en effet trouvé du streptocoque dans le sang de malades atteints d'impétigo.

Jusqu'ici nous avons pu suivre les agents infectieux pour ainsi dire à la trace, maintenant nous les perdons de vue ; dans les cas de néphrite, nous les retrouvons à leur point d'arrivée dans les culots de centrifugation urinaire.

Il en a été ainsi dans plusieurs cas de Carrière, dans un cas d'Auché et dans un cas que nous avons nous-même observé. Sans doute eussions-nous également trouvé le streptocoque dans la synoviale du cas d'arthrite que nous rapportons plus loin, mais la ponction n'a pas été pratiquée.

Mais, entre le moment où la septicémie est constituée et celui où apparaissent les lésions organiques secondaires, quels sont les facteurs qui agissent pour déterminer telles localisations, de préférence à telles autres ?

Faut-il admettre que par leur conformation anatomique ou leur rôle physiologique normal, les reins

ou les articulations, puisque c'est d'eux qu'il s'agit, soient plus particulièrement prédisposés ?

Les substances hétérogènes existant dans le sang sont forcément éliminées par voie rénale, il nous semble qu'il y a là une raison qui peut expliquer l'origine des néphrites. Serait-il trop osé, pour expliquer les lésions articulaires, d'admettre qu'en dehors de leur rôle mécaniques, les synoviales peuvent jouer un rôle dans la défense générale de l'organisme contre l'infection. Mauclaire ne dit-il pas : « Les synoviales articulaires font partie de ce grand système lymphatique sur lequel réagissent si facilement les infections de voisinage ou à distance ? ».

Faut-il admettre que les pyocoques trouvent normalement sur les reins ou les articulations un terrain qui leur soit plus favorable ?

A cela nous répondrons que les microbes en cause, le staphylocoque et surtout le streptocoque, comptent parmi ceux qui peuvent s'adapter aux milieux les plus différents, l'un et l'autre cultivant également bien sur les muqueuses et les séreuses les plus diverses.

Pourtant nous ferons remarquer que le streptocoque au cours de la scarlatine, où il joue un si grand rôle, bien qu'encore mal défini, s'attaque avec prédilection et aux synoviales articulaires et aux parenchymes rénaux.

Faut-il supposer que, au moment où la septicémie s'est constituée, ces organes étaient en état de moindre résistance momentanée ou durable ?

Sans doute y a-t-il là une cause adjuvante de première importance. Dans le cas de l'arthrite il est raisonnable de penser que les fatigues de la croissance anxquelles ont pu se surajouter les effets d'un menu traumatisme (coup ou faux-pas) ont mis la synoviale dans un état de stase congestive qui est favorable aux infections.

Les causes qui peuvent diminuer la résistance rénale sont nombreuses ; mais nous nous réservons de les étudier plus complètement dans le chapitre que nous consacrerons plus loin à l'étiologie de la néphrite. Mais dès maintenant nous pouvons dire que les maladies antérieures,le froid, les fatigues quelles qu'elles soient,favorisent la localisation sur le rein d'un microbe circulant dans l'organisme.

Nous concluerons donc que l'arthrite et la néphrite qui se produisent au cours de l'ecthyma ou de l'impétigo, sont provoquées par la localisation sur l'articulation ou le rein des agents toxi-infectieux primitivement localisés dans lcs lésions cutanées.

ECTHYMA ET PSEUDO-RHUMATISME INFECTIEUX

Nous avons tout d'abord à démontrer que l'observation qui va suivre est bien un cas de pseudo-rhumatisme infectieux et ne se rapporte pas au rhumatisme articulaire franc aigu. Pour cela, nous nous appuierons : 1° Sur ce qu'une seule articulation a été touchée ; 2° Sur ce que l'infection est restée, tout le temps de la période fébrile, localisée sur cette même articulation et n'a pas visité d'autres articles ; 3° Sur ce qu'à un moment donné nous avons pu craindre la suppuration ; 4° Sur l'absence de complications viscérales, surtout de complications cardiaques ; 5° Enfin sur ce que l'affection à résisté au salicylate de soude qu'on peut considérer comme le médicament spécifique du rhumatisme vrai.

En sorte que, bien qu'il nous manque la confirmation bactériologique, nous croyons avoir néanmoins établi l'exactitude de notre diagnostic.

Il nous reste à établir que c'est bien à l'ecthyma qu'il faut imputer cette arthrite infectieuse.

Nous ne relevons dans notre observation aucune des grandes causes reconnues de rhumatisme pseudo-infectieux telles que scarlatine, pneumonie, gono-

coccie. Nous n'avons pas non plus de ces causes qui peuvent passer si facilement inaperçues telles que les angines qu'un examen soigneux nous a permis d'éliminer.

Lannelongue, Jalaguier, Broca ont montré que les arthrites qui apparaissent ainsi chez les enfants, en dehors des grandes maladies infectieuses, sont souvent causées par des points d'ostéomyélite, avec propagation aux articulations.

Mais, dans le cas présent, l'évolution vers la guérison complète nous permet d'éliminer cette hypothèse.

Enfin le bon état général du sujet ne nous autorise pas à penser que nous ayons assisté à une attaque de rhumatisme tuberculeux aigu tel que l'a décrit Poncet.

Mais par contre nous savons qu'une telle arthrite peut avoir pour origine de minimes excoriations superficielles du tégument, des placards d'herpès ulcérés (Widal) ; nous savons que les infections chirurgicales les plus légères, un furoncle, une plaie qui tarde à se fermer suffisent à expliquer leur apparition (Lecène). Aussi, bien que l'ecthyma n'ait été expressément nommé par aucun des auteurs que nous avons consultés, nous croyons pouvoir conclure, par assimilation, à la possibilité de voir une arthrite infectieuse compliquant l'ecthyma.

On ne peut nous objecter qu'au moment où l'arthrite s'est déclarée, l'ecthyma était presque guéri, car on nous a enseigné qu'en général le pseudo-rhu-

matisme est une complication terminale de l'infection (Widal).

La bénignité ordinaire de l'infection ecthymateuse ne saurait non plus être un argument contre notre hypothèse, car Bezanson et Griffon ont en effet établi « qu'un microbe atténué dans sa virulence se localise volontiers sur les séreuses articulaires ».

Actuellement on reconnaît trois formes principales d'arthrite infectieuse : 1° Une forme arthralgique ; 2° Une forme à épanchement séreux ; 3° Une forme à épanchement purulent.

C'est dans la deuxième catégorie, forme à épanchement séreux, celle à qui l'on réserve plus particulièrement le nom de pseudo-rhumatisme infectieux que nous rangerons le cas de notre petit malade. Les craintes que nous avons un moment éprouvées de voir l'affection évoluer vers la suppuration, nous laissent supposer que l'ecthyma pourrait également produire des arthites purulentes. De même les douleurs qui ont persisté un certain temps, après disparition des symptômes objectifs, nous font croire que l'ecthyma pourrait également produire la forme arthralgique pure.

Nous n'avous pas à redresser le traitement qui a été employé, puisqu'il a obtenu par la guérison du malade la meilleure des justifications. Nous croyons donc qu'en présence d'un cas semblable il faudra toujours administrer le salicylate de soude, véritable médicament d'épreuve, ce qui permettra d'assurer le diagnostic, s'il est besoin.

Les indications thérapeutiques sont ensuite d'immobiliser l'articulation en bonne position, de combattre l'infection locale, comme il à été fait par l'application d'un pansement au collargol sur l'article malade, de lutter par les colloïdaux contre l'infection générale. Il va sans dire que le malade sera surveillé avec une extrême vigilance, et que, dés que l'évolution vers la suppuration pourra être soupçonnée, il faudra recourir à une intervention chirurgicale précoce qui seule permettrait dans ce cas une restitution complète des mouvements.

OBSERVATIONS

Ecthyma. — Mono-arthite de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Pierre J..., sept ans.

Entre le 3 novembre 1918, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, pour douleurs de la cheville gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de bacillose il y a sept ans. La mère se dit bien portante. Elle a eu trois autres enfants qui sont actuellement bien portants, et une fausse couche de trois mois.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, il a fait ses premiers pas à treize mois, s'est développé de façon satisfaisante, il n'a jamais été malade antérieurement. Depuis une quinzaine de jours sont apparues des pustules d'ecthyma sur le visage et les avant-bras.

1er novembre. — Il a été pris brusquement d'une fièvre

violente s'élevant à 39 degrés, avec un peu de délire. Il a eu des sueurs très abondantes et s'est plaint de violentes douleurs au niveau de la cheville gauche.

3 novembre. — Il entre à l'hôpital, c'est un enfant vigoureux sans tares apparentes, ni déformations squelettiques, ni stigmates d'hérédo-syphilis. On remarque sur le visage et sur les avant-bras des croûtes d'ecthyma presque desséchées. Au-dessous, et, en dehors du genou gauche, il y a une grosse croûte ecthymateuse d'évolution moins avancée. L'enfant se plaint de sa cheville gauche. En effet les téguments qui recouvrent l'articulation tibio-tarsienne gauche sont roses et légèrement œdématiés, il y a un peu de distension de la synoviale, le malade s'oppose aux mouvements que l'on veut imprimer à son pied. Il n'y a pas de traînées de lymphangite sur la jambe, quelques ganglions indolores dans l'aine gauche.

Un examen attentif des divers appareils particulièrement du pharynx ne relève aucun autre symptôme pathologique. On porte le diagnostic de mono-arthrite infectieuse, néanmoins, par mesure de prudence, on prescrit le salicylate de soude. En même temps on applique sur l'articulation malade un pansement au collargol.

4 novembre. — La température persiste, 38 degrés le matin, 39 degrés le soir ; la douleur reste vive à la cheville gauche qui est fortement gonflée et rouge. Le diagnostic de mono-arthrite infectieuse est définitivement adopté.

5 novembre. — Température le matin 38 degrés, le soir 40 degrés ; l'enfant se plaint davantage, l'articulation est très rouge, on craint une suppuration possible. On continue les pansements au collargol.

6 novembre. — Température le matin 37°6, le soir 38°2; la douleur est moins vive, le gonflement moins accentué.

7 novembre. — Température 37 degrés le matin et le soir ; le gonflement et la douleur sont très diminués.

Les jours suivants, l'amélioration des symptômes objectifs s'accentue, l'enfant continue néanmoins à se plaindre d'une légère douleur.

12 novembre. — Il peut être considéré comme guéri de son arthrite ; du 12 au 19, évolution d'une grippe sans complication.

L'enfant sort guéri le 3 décembre 1918.

ECTHYMA, IMPÉTIGO ET NÉPHRITE

Avant de procéder à l'étude de la néphrite de l'ecthyma et de l'impétigo nous devons tout d'abord justifier de la réalité de son existence en exposant les faits qui nous permettent d'établir entre l'infection cutanée et l'inflammation rénale une relation de cause à effet.

La coexistence de pustules cutanées et de néphrite a sans doute été constatée de longue date, mais sans que les observateurs y prétassent grande attention.

Toutefois le fait est noté par Lorry en 1777, mais il admet la priorité de la lésion rénale et s'en explique ainsi : *Nec novum et inobservatum in nephritide pustulæ prurientes ad cutem oriuntur.*

Sirugues le premier, en 1883, rapporte la néphrite à la lésion cutanée, il est suivi par Boyer et Augagneur en 1885. Depuis cette date les travaux à ce sujet se sont multipliés. Nous ne citerons que les nombreuses observations des médecins italiens en 1892, du professeur Marfan en 1894, de Cazal en 1905. Guinon et Pater publient en 1906 la première revue générale sur la question ; en 1908, Guiard de Paris, en fait le sujet de sa thèse.

Après tous ces auteurs, nous croyons également que l'inflammation rénale est imputable aux lésions pyodermiques.

Nous tirons un premier argument du grand nombre de cas publiés. Nous avons pu rassembler quarante-neuf observations, il nous semblerait peu scientifique d'admettre qu'il n'y eût si souvent que simple coïncidence.

Un deuxième point sur lequel nous attirons l'attention c'est que, dans tous ces cas, les lésions d'ecthyma ou d'impétigo étaient toujours apparues les premières, et que la néphrite ne survenait que secondairement.

En troisième lieu, nous avons toujours constaté l'absence actuelle chez les malades de toute autre cause connue et avérée de néphrite, telle que scarlatine, diphtérie ou angine. En ce qui concerne la tuberculose et la syphilis nous faisons une réserve que nous développerons plus loin.

Un quatrième fait est que l'examen bactériologique qui a été pratiqué dans quelques cas a mis en évidence le même agent microbien dans la lésion de la peau et dans le culot de centrifugation des urines.

Enfin nous tirons un dernier argument du mode de guérison de ces néphrites ; ne pouvons-nous pas nous réclamer du vieil adage médical *Naturam morborum curationes ostendunt* et conclure que puisque la néphrite survenue au cours des pyodermites guérit lorsque les lésions cutanées ont d'abord cédé devant

un traitement local, c'est que celle-ci est bien la conséquence de celles-là.

Nous considérons dès lors le rôle actif des pyodermites dans la production de la néphrite comme démontré, mais nous rechercherons dans les chapitres suivants si elles agissent comme causes suffisantes ou comme causes occasionnelles.

ETIOLOGIE

Comme nous le disions en commençant ce travail les pyodermites sont fort fréquentes chez l'enfant et pourtant les complications rénales sont assez rares. En effet ayant examiné 304 enfants atteints d'impétigo, Pollet n'a trouvé que sept fois la néphrite, soit dans 2,6 o/o des cas.

Puisque si souvent les pyodermites existent sans provoquer de lésions du rein, nous devons rechercher dans quelles circonstances sont apparus les cas qui ont évolué moins simplement. L'intérêt de cette étude étiologique est qu'elle permettra peut-être de mettre en évidence certaines causes nocives adjuvantes et d'en déduire des indications thérapeutiques efficaces.

La néphrite des pyodermites paraît être une affection de tous les âges. En 1894, M. le professeur Marfan a rapporté, dans *la Semaine médicale*, un cas chez un nourrisson de quatre mois ; par contre, Sirugues et Boyer ont rapporté deux cas ayant évolué chez l'adulte.

Pourtant, dans les observations que nous avons étudiées, elle est apparue avec un maximum de fré-

quence, 60 o/o des cas, chez des enfants de plus de cinq ans et de moins de quatorze ans. Cette néphrite se rencontre plutôt chez les filles que chez les garçons, ce qui provient de la plus grande fréquence des pyodermites elles-mêmes parmi les petites filles, chez qui le port de cheveux longs favorise la pédiculose et l'infection.

Il est admis que le tempérament lymphatique prédispose aux pyodermites et à leurs complications, il resterait, à notre sens, à démontrer si le teint grisâtre, les muqueuses pâles, l'engorgement ganglionnaire habituel qui constituent les attributs de ce tempérament, sont la cause ou la conséquence de ces infections.

Nous avons recherché, sur 36 cas où la date des accidents était notée, s'il y avait une influence saisonnière et nous avons constaté que, dans 23 cas, les accidents avaient éclaté durant les mois froids.

Faute de renseignement, nous n'avons pu rechercher l'influence du régime alimentaire.

Il faut reconnaître que, dans les conditions étiologiques susnommées, qui régissent également les pyodermites et leur complication, nous ne trouvons rien de nettement déterminant.

Nous allons rechercher si, dans certains caractères de la pyodermite ou de son évolution, nous pouvons retrouver l'explication des accidents ultérieurs.

Tout d'abord nous remarquerons que ce sont les pyodermites du visage et du cuir chevelu qui s'accompagnent surtout de néphrite, il en est ainsi, dans

38 cas sur 40, où le siège des lésions est exactement décrit. Nous attribuons ce fait à la richesse particulière de la face et du cuir chevelu en vaisseaux lymphatiques, ce qui favorise la résorption des agents infectieux.

Le plus ou moins de gravité de la lésion cutanée ne paraît pas avoir d'influence sur la production de la lésion rénale, car tantôt nous voyons des enfants au visage couvert de croûtes dont les reins restent indemnes ; tantôt nous voyons des accidents éclater chez des enfants présentant seulement quelques bulles d'impétigo aux commissures des lèvres (Observation XII).

Le traitement appliqué aux lésions cutanées, lorsqu'il est très énergique, favorise nettement l'infection à distance. Dévergie raconte « qu'un enfant bien constitué avait été pris d'un œdème parce qu'un confrère avait appliqué quelques cataplasmes sur la tête recouverte de croûtes ». Sirugues rapporte également qu'une jeune fille atteinte d'impétigo avait été prise d'une anasarque généralisée, pour avoir été traitée par des applications de pommade sur la tête et le port d'un bonnet de caoutchouc. Enfin Guinon a vu survenir une néphrite hémorragique chez une petite fille dont on avait traité l'impétigo avec des compresses d'eau d'Alibour appliquées en permanence et recouvertes d'un taffetas hermétique. Dans ces observations, nous croyons devoir surtout incriminer l'action occlusive des pansements.

La durée de l'infection cutanée paraît avoir égale-

ment son importance ; dans presque tous les cas de néphrite observés, la pyodermite causale remontait toujours à plusieurs jours, plus souvent à plusieurs semaines, voire à plusieurs mois. Sans doute le rein ne se laisse-t-il léser qu'après avoir résisté longtemps à la résorption quotidienne de petites doses de toxines qui finissent par le mettre en état d'infériorité et ne lui permettent plus de lutter avec efficacité contre les germes infectieux, le jour où ceux-ci sont eux-mêmes résorbés.

Ceci nous conduit à rechercher si, parmi nos petits malades, quelques-uns n'avaient pas des reins fragiles bien avant qu'ils fussent atteints de pyodermite et si, par conséquent, ils ne rentrent pas dans le cadre décrit par Castaigne sous le nom de « débilité rénale ». C'est, dit-il, un état morbide particulier des reins caractérisé par ce fait que ces organes n'offrent pas une résistance suffisante aux infections et aux intoxications et laissent filtrer l'albumine sous l'influence de la cause la plus légère, c'est en quelque sorte la phase préparatoire des néphrites.

Cet état peut être acquis à la suite de maladies infectieuses antérieures, il peut être héréditaire chez des sujets dont les parents avaient au moment de la naissance une tare rénale chronique ou passagère ou une tare générale, telle que la tuberculose, le paludisme la goutte ou la syphilis.

De fait nous croyons que tel est en effet le cas pour beaucoup des malades dont nous avons eu les observations entre les mains. Par définition, puis-

qu'elles ont été publiées comme néphrite impétigineuse, on ne relevait au moment où la néphrite a éclaté, aucune autre cause d'infection que les pyodermites.

Mais un examen attentif des antécédents héréditaires ou personnels des malades montre que dans plus de la moitié des cas, le passé pathologique est chargé.

Parmi les antécédents personnels nous relevons surtout la rougeole, la coqueluche, les oreillons, la broncho-pneumonie, la réaction positive à la tuberculine.

Dans l'hérédité ascendante ou collatérale, nous voyons l'éthylisme, l'arthritisme. Pollet rapproche un cas où les deux enfants d'un père goutteux eurent de l'albumine au cours de pyodermites. Dans une observation de Guiard, ainsi que dans une observation de Mme Nageotte-W., on constate que les parents des malades étaient déjà eux-mêmes albuminuriques.

Mais c'est surtout la tuberculose et la syphilis que nous retrouvons au cours de ces investigations dans le passé familial des malades. Le plus souvent l'aveu est acquis pour la première de ces deux maladies ; pour la seconde on la soupçonne par la constatation de fausses couches répétées, d'enfants morts-nés ou d'enfants morts de convulsions en bas âge. Dans un cas que nous publions plus loin, nous avons vu la réaction de Bordet Wassermann positive.

En résumé nous pouvons dire que l'ecthyma et l'impétigo se compliquent de néphrite, lorsque les

lésions cutanées siègent au visage ou au cuir chevelu, lorsqu'elles existent depuis un certain temps déjà, lorsqu'elles ont été traitées trop énergiquement par un pansement occlusif. Toutes ces causes agissent d'autant plus efficacement que, dans la majorité des cas, les reins sont particulièrement fragiles du fait d'infections aiguës antérieures ou de maladies chroniques du sujet lui-même ou de ses ascendants.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptômes. — Formes cliniques. — Complications

Chez un enfant atteint de pyodermite, c'est le plus souvent par un symptôme frappant pour les yeux les moins avertis, que se révèle la complication rénale. Dans un certain nombre de cas c'est la constatation d'urines sanglantes qui attire l'attention ; mais, dans les cas les plus fréquents, c'est la bouffissure du visage, ou l'œdème des jambes qui donne l'éveil.

Un rapide examen des urines permet de constater l'albumine et de porter le diagnostic. Mais nous sommes certains qu'un nombre important de néphrites doit être méconnu, car Villate, qui a pratiqué systématiquement l'examen des urines, chez tout enfant atteint d'impétigo, a pu dépister ainsi un certain nombre d'albuminuries.

Lorsque la néphrite est constituée, elle peut présenter quelques-uns, ou la totalité des symptômes suivants.

Les urines sont peu abondantes, foncées, troubles ; d'autres fois présentant un aspect plus ou moins sanglant, on y décèle par la chaleur la présence

d'albumine; par le pyramidon on peut y révéler l'existence d'hémoglobine.

L'examen microscopique du culot de centrifugation urinaire peut montrer des cylindres épithéliaux granuleux ou hématiques ou des hématies isolées, parfois on peut y mettre en évidence le streptocoque ou le staphylocoque.

L'examen chimique montre la rétention chlorurée et azotée. La rétention intra-organique des principes de l'urine se traduit par la céphalée, des troubles oculaires, de la dyspnée, des vomissements, des crises convulsives, du délire ou du coma.

La palpation des reins est souvent douloureuse. Les œdèmes apparaissent d'abord au visage, ils gagnent les membres inférieurs puis les membres supérieurs et le tronc, ils peuvent être considérables et s'accompagner d'ascite et d'hydrothorax.

A l'examen du système circulatoire, on constate souvent de l'hypertension et un renforcement présystolique du premier bruit. Le plus souvent l'évolution est apyrétique ou ne s'accompagne que d'une fièvre modérée, la leucocytose qu'on peut mettre en évidence dans le sang traduit l'infection générale.

Les symptômes que nous venons d'énumérer ne présentent eu somme rien de particulier aux néphrites des pyodermites, nous pouvons donc faire rentrer ces complications dans le cadre général des néphrites aiguës infectieuses.

Dans la pratique clinique ces divers symptômes peuvent être diversement groupés, constituant ainsi

plusieurs formes différentes. Nous décrirons ainsi :

1° Une forme albuminurique passagère ;

2° Une forme aiguë avec œdème ;

3° Une forme aiguë congestive ;

4° Une forme avec urémie ;

5° Une forme subaiguë.

Nous rapporterons à la fin de notre thèse quelques cas de chacune de ces formes, en regrettant de ne pouvoir publier la totalité de notre documentation.

La néphrite albuminurique passagère (obs. I et II), se présentant avec un minimum de symptômes doit être recherchée avec soin par l'examen systématique des urines de tout enfant atteint d'ecthyma ou d'impétigo.

Tout se borne à une albuminurie légère, un des cas que nous citons avait toutefois 0,90 d'albumine par litre d'urine. On constate souvent une cylindrurie également légère, la quantité d'urine reste normale.

L'état général n'est pas atteint. Dès que la lésion cutanée est guérie tout rentre dans l'ordre.

La néphrite aiguë avec œdème (obs. III, IV, V), présente au complet l'ensemble des symptômes que nous avons énumérés plus haut.

Oligurie, urines hautes en couleur, pauvres en urée et en chlorures, riches en albumine, contenant de nombreux cylindres de toutes sortes.

Œdème se limitant à la face et aux malléoles dans la plupart des cas, mais pouvant s'étendre aux membres, au tronc, aux viscères profonds, comme

on peut s'en rendre compte par la pesée quotidienne des malades. La céphalée est fréquente, les troubles oculaires et les vomissements sont plus rares.

L'hypertension et le bruit de galop sont relativement fréquents.

Par *néphrites aiguës congestives* (obs. VI, VII), nous entendons les cas où les urines sont franchement sanglantes à l'œil nu pendant une période assez longue et non les cas où les urines ne sont qu'histologiquement hémorragiques.

En effet si la présence de quelques hématies constatée au microscope est un symptôme banale de l'inflammation rénale au cours de toute néphrite, au contraire une hématurie abondante est l'indice d'une congestion rénale surajoutée.

Les néphrites scarlatineuses et les néphrites d'origine pharyngée se présentent souvent sous cette forme ; peut-être faut-il attribuer ce fait à une qualité spécialement hémorragipare du streptocoque qui joue un si grand rôle dans ces deux infections et que nous retrouvons également dans l'ecthyma et l'impétigo.

Dans ces néphrites congestives, les œdèmes ne sont habituellement pas très marqués mais néanmoins toujours présents. L'hématurie est abondante, colorant les urines en rouge ou en noir, persistant de longs jours, parfois plusieurs semaines après disparition des œdèmes ; l'albuminurie concomitante est peu abondante, mais également de très longue durée.

Les autres symptômes de néphrite n'existent pas ou sont réduits au minimum.

Les néphrites avec urémie (obs. VIII, IX, X), se présentent d'emblée avec un tableau clinique alarmant.

L'anasarque est généralisée, les urines sont très réduites, parfois même l'anurie est complète. La céphalée est constante, les vomissements sont répétés, la diarrhée fréquente, l'hypertension se traduit par des épistaxis ou des selles sanglantes. Le malade se plaint de brouillard et de mouches volantes devant les yeux, il est dyspnéique et somnolent, puis tombe très vite dans un coma entrecoupé de périodes de délire et de crises de convulsions au cours desquelles il peut être emporté.

Il y a lieu de décrire des *néphrites subaiguës*, d'après ce que nous avons vu (obs. XI et XII), elles sont caractérisées par la longue durée de l'albuminurie et entrecoupées d'épisodes aigus qui peuvent rappeler l'un des types que nous avons décrits plus haut. Nous les avons vu apparaître à l'occasion de pyodermite d'une extrême bénignité avec concomitance évidente de tuberculose dans l'un des cas, de syphilis dans l'autre.

Les lésions cutanées sont bien responsables du mal en ce sens que sans elles le rein ne serait arrivé à l'état d'insuffisance confirmée que plus tard, mais sans doute également à l'occasion d'une infection très atténuée.

Peut-être une plus longue expérience montrera-t-

elle que c'est sous cette forme qu'évoluent la majorité des néphrites par pyodermite sur des organismes déjà débilités par ailleurs.

La néphrite des pyodermites peut s'aggraver du fait de complications surtout cardiaques et pulmonaires.

En énumérant les symptômes de la néphrite nous avons cité l'hypertension et le bruit de galop gauche, nous croyons en effet qu'ils font partie du tableau clinique complet de la néphrite sans qu'on puisse pour cela parler de complication, mais, dans certains cas, l'appareil circulatoire peut être plus fortement éprouvé.

Les malades se plaignent alors de palpitations et d'essoufflement, on constate la force et l'irrégularité du pouls, l'hypertension peut devenir très importante, elle atteignait 11,25 au Potain, chez un enfant de trois ans et demi et le bruit de galop devient très marqué.

D'autre fois au contraire, le pouls devient faible et mou, à l'auscultation, les bruits du cœur sont assourdis.

A un degré de plus, l'atteinte du myocarde aboutit à la dilatation cardiaque qu'on peut mettre en évidence par la percussion, on constate ainsi que la matité de l'oreillette droite déborde le bord droit du sternum, que la pointe est abaissée et se cache derrière la cinquième cote. L'ère de matité cardiaque est ainsi augmentée dans son ensemble, mesurant par exemple 59,600 dans le cas d'un enfant de trois ans

et demi, 45,80 chez un enfant de cinq ans et demi, 75,68 chez un autre enfant de cinq ans et demi, l'ère de matité cardiaque chez un enfant de six ans étant environ de 40 centimètres carrés. Enfin on peut entendre un souffle léger comme il a été noté par Sirugues et qui doit être un souffle fonctionnel.

La dilatation du cœur est peut-être imputable au trop grand effort que le myocarde doit fournir pour brasser le sang dont la masse aqueuse est augmentée par suite de l'oligurie et pour vaincre la résistance à l'écoulement dans les vaisseaux de tous les organes comprimés par l'œdème.

Sans doute faut-il supposer aussi une action des toxines microbiennes sur les éléments musculaires et nerveux du cœur. Le fléchissement du myocarde est bientôt suivi de stase dans le foie qui devient gros, dur et peut déborder les fausses côtes de plusieurs centimètres. En ce cas les urines sont toujours émises en très petite quantité, les œdèmes n'ont pas tendance à se résorber comme le montre les pesées quotidiennes du malade.

En général le pronostic de ces complications cardiaques n'est pas grave et précisément ce n'est pas dans les formes les plus sévères de néphrite que nous les avons vu se produire.

Nous avons également relevé dans les observations que nous avons examinées, une certaine fréquence des incidents pleuro-pulmonaires. Tantôt on relève un peu de matité aux bases, et des foyers de râles muqueux à bulles fines par zones mal limitées

dans lesquelles on retrouve bientôt après, les bruits d'une respiration normale. Tantôt on entend des râles sibilants et ronflants disséminés, également très fugaces, nous avons même pu constater des signes de condensation avec souffle qui ont disparu du jour au lendemain. Enfin dans une observation de Guinon il y eut coexistence de néphrite et de broncho-pneumonie.

De ces complications pulmonaires, les unes sont sous la dépendance de l'infiltration œdémateuse qui envahit le poumon, comme tous les autres viscères, les autres sont causés par des infections microbiennes dont le point de départ est sans doute également dans les lésions cutanées.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Le pronostic de la néphrite au cours des pyodermites est variable d'après la forme, L'albuminurie passagère, la néphrite congestive, la néphrite avec œdème évoluent de façon bénigne lorsqu'un traitement rationnel leur est appliqué. Il ne faut préjuger de la rapidité de leur guérison ni d'après leur degré de gravité initiale, ni d'après l'importance de l'albuminurie qui ainsi que Dieulafoy l'a montré est « un signe infidèle, inconstant et trompeur ». Mais il faut bien plutôt se baser sur l'aspect des lésions cutanées et sur la façon dont elles réagissent au traitement local qui leur est appliqué. Si en même temps l'oligurie est peu marquée et le cœur énergique on peut espérer une évolution rapide et favorable pour un avenir immédiat. Mais pour l'avenir éloigné de ces malades, il est prudent de faire quelques réserves, car, dans un certain nombre de cas, leurs reins peuvent garder une fragilité particulière, qui, si quelques précautions hygiéniques ne sont pas observées, peuvent donner lieu plus tard à de nouveaux accidents ou peuvent évoluer vers la néphrite chronique.

Le pronostic de la néphrite avec syndrome uré-

mique est beaucoup plus grave, les trois cas que nous rapportons plus loin ont eu une terminaison fatale. Il faut toutefois observer que le médecin n'a été appelé que lorsque les accidents étaient à leur maximum, lorsque l'anurie était établie, que le malade était dans le coma ou les convulsions, nous croyons qu'en semblable occurrence le médecin appelé plus tôt eût pu, par une large saignée, donner au malade quelque chance de survie.

C'est ce que nous avons vu dans le cours d'un épisode aigu à type urémique survenue pendant l'évolution d'une néphrite subaiguë (obs. XII). Dans la néphrite subaiguë, le pronostic immédiat des accidents aigus est toujours sérieux, le pronostic éloigné est grave, car l'évolution vers la néphrite chronique est presque certaine.

Le diagnostic positif des inflammations rénales au cours des pyodermites ne présente aucune difficulté, l'œdème, l'oligurie, l'albuminurie forment un syndrome trop caractéristique pour permettre l'hésitation.

Nous insistons toutefois sur la nécessité qu'il y a de pratiquer l'examen des urines de toute personne portant des lésions cutanées, pour ne pas laisser évoluer sans traitement une néphrite à forme albuminurique simple.

Le diagnostic étiologique peut être plus délicat, et ici plusieurs cas peuvent se présenter.

En l'absence de toute autre cause infectieuse apparente chez le même malade, il est légitime de

rapporter la néphrite aux lésions cutanées dont il est porteur.

Si, au contraire, les pyodermites coexistent avec une scarlatine, une diphtérie, une angine ou une maladie générale infectieuse aiguë, c'est à ces dernières affections qu'il faut imputer la néphrite qui pourrait survenir.

Mais il est d'autres causes infectieuses, telle que la tuberculose et la syphilis dont il est plus difficile de déterminer le rôle exact. Celles-ci sont actuellement si fréquentes qu'au point de vue nosographique on pourrait se laisser aller à les considérer plutôt comme des variétés de constitution que comme des entités morbides, si elles ne méritaient pas si souvent ce dernier titre par les terribles manifestations qui leur sont particulières.

En qualité d'agents modificateurs généraux de la constitution, nous avons vu que la syphilis et la tuberculose sont les causes les plus fréquemment retrouvées à l'origine de la débilité rénale. Mais elles peuvent encore agir pour leur propre compte si l'on nous accorde cette expression et nous savons qu'elles peuvent alors se compliquer de néphrite aussi bien que n'importe quelle autre maladie infectieuse.

Enfin elles comportent encore un dernier élément d'erreur, du fait qu'elles peuvent produire des lésions cutanées absolument semblables aux lésions impétigineuses et ecthymateuses.

Lors donc que chez un tuberculeux porteur de lésions cutanées on voit survenir une néphrite, pour

remonter à la véritable origine de celle-ci, il faut établir si les lésions cutanées observées sont des pyodermites ou si elles sont de nature bacillaire. Puis il faut rechercher si la tuberculose a agi comme cause dystrophique générale ou comme agent infectieux aigu.

Les lésions tuberculeuses qui peuvent donner lieu à de telles confusions sont l'ulcère tuberculeux formé à son début de minimes papulo-pustulettes qui s'ouvrent et confluent, la tuberculose verruqueuse dans laquelle on observe des pustules profondes, les tuberculides nécrotiques qui sont à un certain stade de leur développement, de véritables pustules. Toutes ces lésions peuvent devenir impétigineuses et se recouvrir de croûtes jaunâtres.

La bactériologie n'apporte dans ces cas qu'une aide illusoire pour établir le diagnostic, car on ne peut rien déduire de la présence du streptocoque pas plus que de l'absence du bacille de Koch.

Cliniquement on peut soupçonner la tuberculose devant la gravité des lésions qui se révèlent sous les croûtes. Mais c'est surtout par leur longue durée, par l'échec du traitement ordinaire de l'impétigo ou de l'ecthyma que ces lésions trahissent leur vraie nature.

Si l'on pouvait dans un cas pareil établir l'origine bacillaire des lésions cutanées il n'y aurait plus lieu de discuter la nature impétigineuse d'une néphrite concomitante.

Voyons maintenant quelles sont les conditions

du diagnostic dans le cas d'une néphrite chez un tuberculeux porteur d'un impétigo vrai.

Depuis les travaux de Jousset, de Castaigne, de Lavenant nous savons que la néphrite tuberculeuse se présente souvent sous la forme d'une néphrite hématurique, mais il peut en être de même pour la néphrite, impétigineuse.

Mais en plus, chez le bacillaire, le pouls est petit, rapide, le plus souvent hypotendu contrairement à la règle habituelle au cours des néphrites. Les urines sont le plus souvent abondantes, cette polyurie coïncidant avec l'hypotension artérielle, est assez caractéristique. Enfin par la recherche microscopique du bacille de Koch, dans le culot de centrifugation des urines, ou par l'inoculation de ce culot au cobaye, on peut obtenir de nouveaux éléments de diagnostic.

L'observation XI que nous publions plus loin a donné lieu à des recherches de ce genre, chez cette petite tuberculeuse atteinte d'impétigo du visage, on pouvait supposer une origine tuberculeuse à la néphrite d'après l'albuminurie et l'hématurie prolongée, d'après l'hypotension, d'après l'abondance relative des urines, d'après l'évolution rapide des lésions pulmonaires. Néanmoins nous avons cru devoir rapporter la néphrite à l'impétigo parce que l'œdème et la dilatation cardiaque ont disparu dès la guérison de la lésion cutanée, parce qu'on a retrouvé le streptocoque dans les urines, parce qu'enfin l'albuminurie et l'hématurie ont cessé alors que les lésions

bacillaires des poumons continuaient à évoluer.

Peut-être nos raisons paraîtront-elles un peu fragiles, en sorte que si nous ne croyons pas avoir été en présence d'une néphrite tuberculeuse, nous devons, à tout le moins, reconnaître que nous avons assisté à l'évolution d'une néphrite impétigineuse sur des reins sensibilisés par la tuberculose.

La syphilis peut, elle aussi, surtout pendant la période secondaire, produire des lésions cutanées à type ecthymateux ou impétigineux.

C'est ainsi qu'on peut voir des syphilides papulo-croûteuses à croûtes jaunes dites impétigineuses, mais un examen attentif peut permettre de reconnaître que ces croûtes recouvrent des papules à surface lisse et humide et non des ulcérations comme dans l'impétigo véritable.

Il existe également des syphilides malignes précoces, à type ectymateux, reconnaissables à leur très brève période de suppuration, et à leur grande tendance ulcéreuse.

Beaucoup de syphilides peuvent se laisser diagnostiquer de ce fait qu'elles ne sont pustuleuses qu'en apparence car on ne peut en extraire de pus.

Néanmoins, en l'absence de commémoratifs, on peut se laisser abuser sur la nature réelle de ces éruptions, d'autant plus qu'elles peuvent être entremêlées d'éléments d'impétigo ou d'ecthyma vrai. On pourra être obligé de recourir au traitement d'épreuve, et à la réaction de Wassermann.

Si l'on parvenait à établir le diagnostic ferme de syphilis, à la période secondaire, nous estimons que, qu'elle que fût l'importance des pyodermites vraies qui pourraient coexister, c'est au tréponéme qu'il faudrait imputer les complications rénales qui pourraient survenir.

Au cours de la syphilis héréditaire ou de la syphilis tertiaire, un diagnostic exact peut être encore plus délicat à établir.

L'observation XII que nous relatons plus loin concerne un enfant ayant déjà présenté des phénomènes de néphrite et qui à l'occasion de quelques vésicules d'impétigo presque sèches et de quelques pustules d'ecthyma, a présenté des symptômes très graves d'insuffisance rénale.

Devant la disproportion entre la bénignité des lésions cutanées et la gravité de la néphrite, nous avions supposé qu'il pouvait y avoir d'autres causes adjuvantes. Le petit malade était né avant terme, sa mère avait eu un autre enfant né avant terme et mort après vingt-trois jours. Nous avions soupçonné une influence possible de la syphilis et la réaction de Bordet Wasserman est venu confirmer le diagnostic.

Nous ne pensons pas avoir eu affaire dans ce cas à des lésions telles que gomme, sclérose ou amylose directement et uniquement imputables au tréponème. Mais nous croyons que la syphilis a agi comme cause dystrophique générale et que les pyodermites sont responsables de la néphrite en tant que causes déterminantes ayant rompu l'équilibre des fonctions rénales dès longtemps compromis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous avons eu entre les mains trois procès-verbaux d'autopsies pratiquées sur des personnes ayant succombé au cours de néphrites impétigineuses.

Dans le cas de Sirugues et dans le cas de Salvioli c'est la néphrite qui a entraîné la mort; dans le cas de Guinon elle est imputable à une broncho-pneumonie concomitante. Sirugues a trouvé des reins volumineux dont la membrane d'enveloppe s'arrachait facilement, laissant suinter à la coupe un liquide sanguinolent. La congestion paraissait siéger surtout dans la substance corticale.

Dans le cas de Salvioli le volume des reins était un peu augmenté, la capsule s'arrachait difficilement La surface des reins était lisse, la substance corticale un peu congestionnée. A la coupe on constatait que les glomérules étaient gonflées.

Au microscope, les réseaux vasculaires étaient normaux mais il y avait alentour du tissu conjonctif jeune. Entre les vaisseaux du glomérule et la capsule de Bowman, il y avait accumulation considérable de petites cellules rondes.

Dans la lumière des canalicules se trouvait une

substance hyaline, il y avait de nombreux globules blancs autour des vaisseaux et on constatait la tuméfaction trouble des cellules épithéliales des canalicules.

Les reins qu'a examinés Guinon pesaient ensemble 110 grammes, ce qui paraît normal, le sujet étant âgé de dix-huit mois, ils étaient extrêmement pâles, facilement décorticables, il était difficile de distinguer la zone corticale de la zone médullaire.

Au microscope on constata une très légère atteinte des glomérules, quelques-uns étaient un peu infiltrés de cellules rondes, il y avait multiplication des noyaux de la capsule de Bowman. Les tubes étaient dilatés et bordés d'un épithélium un peu bas. Il y avait un élargissement notable du tissu interstitiel et par places une grosse infiltration de cellules embryonnaires.

A l'intérieur des tubes étaient des cellules épithéliales desquamées et des masses albumineuses coagulées.

Le cas de Sirugues nous parait donc bien répondre au type de la néphrite à prédominance congestive et en effet il faut noter qu'au cours de la maladie les urines avaient été sanglantes, l'absence de renseignements histologiques nous empêche de pousser plus loin l'analyse.

Les lésions relevées dans les deux autres cas sont semblables à celles que l'on a décrites dans la néphrite subaiguë telle qu'elle se rencontre au cours de la scarlatine par exemple, on y relève à la fois

des altérations des glomérules et des tubes contournés d'une part et d'autre part de l'infiltration du stroma par les cellules rondes. Au point de vue anatomo-pathologique on ne peut donc faire rentrer ces néphrites dans les cadres trop schématiques de la néphrite parenchymateuse ou de la néphrite interstitielle, ce sont des néphrites mixtes où la cause irritante a été d'une durée suffisante pour permettre aux lésions conjonctives, toujours plus tardives que les lésions épithéliales, de se produire.

Salvioli n'étudie pas les lésions des organes autres que le rein et dans le cas de Guinon, les lésions relèvent plutôt de la broncho-pneumonie que de la néphrite.

Sirugues a noté au cours de l'autopsie, que le cœur était dilaté, le foie volumineux et très congestionné. Il y avait des épanchements séreux dans les cavités pleurales, et les poumons étaient infiltrés d'une abondante sérosité roussâtre qui s'est écoulée à la coupe.

TRAITEMENT

Pour traiter la néphrite au cours de l'ecthyma ou de l'impétigo, il y a une double indication à remplir.

D'une part, traiter la pyodermite causale.

D'autre part, traiter la complication rénale.

Les résultats de notre étude étiologique nous ont montré qu'il ne fallait jamais négliger l'ecthyma ou l'impétigo, mais que néanmoins, il ne fallait pas leur appliquer un traitement trop énergique et qu'il importait surtout de s'abstenir de faire saigner les croûtes ou de les traiter par un pansement occlusif.

Les soins à donner aux deux pyodermites en cause sont semblables, il faudra détacher prudemment les croûtes par l'application de cataplasmes de fécule de pommes de terre ou de compresses imbibées d'eau d'Alibour étendues de trois quarts d'eau bouillie.

Après la chute des croûtes, on pourra pratiquer sur les surfaces bourgeonnantes quelques attouchements avec la solution de nitrate d'argent au centième.

Au cas où il n'y aurait que des bulles et des pustules sans croûtes, il suffirait de laver les régions infectées trois fois par jour avec la solution de sul-

fate de cuivre au millième ou avec une solution d'eau oxygénée plus ou moins étendue d'eau bouillie. Après avoir soigneusement séché on appliquerait un peu de vaseline boriquée.

Au cas où les pyodermites ne feraient que coexister avec une néphrite, dont la cause véritable serait tuberculeuse ou syphilitique, il n'en faudrait pas moins leur appliquer le traitement que nous venons d'indiquer, et, en même temps, agir contre ces deux dernières affections par un traitement particulier.

En toutes occasions, le médecin ne négligera jamais de traiter les pyodermites, quelle que soit la raison autre qui ait nécessité son intervention. Il s'efforcera d'en éviter l'apparition, en prêchant toujours et en tous milieux la propreté corporelle. Enfin il combattra patiemment les préjugés des pauvres gens, pour qui les croûtes sont un indice de santé et qui refusent d'en débarrasser leurs enfants de peur qu'ils ne deviennent louches ou aveugles.

Le traitement qu'il faudra appliquer à l'inflammation rénale est variable d'après la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes.

Contre la néphrite albuminurique passagère, le repos au lit aidé d'un régime lacté de courte durée sera suffisant.

Contre la néphrite avec œdème et la néphrite congestive, le repos absolu au lit est nécessaire, il faudra prescrire la diète hydrique, puis un régime à l'eau et au lait, en augmentant progressivement la quantité de lait. Ce régime sera maintenu tant que les

œdèmes persisteront et que la quantité des urines ne sera pas redevenue normale.

Il n'y a pas intérêt à attendre la disparition complète de l'albumine pour remplacer ce régime débilitant par une alimentation plus variée mais strictement déchlorurée.

Dans les formes avec syndrome urémique, on ordonnera également au malade de garder le lit et d'observer la diète hydrique puis l'alimentation progressive au lait.

En présence d'accidents urémiques graves, il faudrait recourir à la saignée, aux ventouses scarifiées, moins volontiers aux purgatifs, en ayant soin de relever ensuite le malade par des injections de sérum glucosé. Une fois le danger immédiat écarté, il faudrait instituer un régime alimentaire hypochloruré et hypoazoté.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(*In* thèse Boyer, Lyon, 1883.)

Impétigo pédiculaire. — Albuminurie passagère

Joséphine P..., douze ans.

Entre à l'hôpital le 10 mai 1883.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte à quarante ans de phtisie. Deux frères et une sœur bien portants, non scrofuleux, respectivement âgés de cinq ans, huit ans et neuf ans.

Antécédents personnels. — Impétigo du cuir chevelu il y a un an traité à la consultation gratuite et guéri en moins de quinze jours. Pas de fièvres éruptives, bonne santé antérieure. Début des accidents actuels il y a un mois par le contact à l'école d'enfants infectés de pédiculi. Les cheveux sont agglutinés entre eux, recouverts de nombreuses lentes traversées par un ou plusieurs cheveux, le cuir chevelu exhale une odeur fade, désagréable, il est recouvert surtout à la région occipitale de nombreuses croûtes grises ou rouges, noirâtres, reposant sur une surface saignante. Pédiculi très nombreux. Prurit intense. Ganglions sous-occipitaux nom-

breux et assez volumineux, se continuant avec d'autres dans la région carotidienne.

Bon état général.

A la jambe gauche, petite ulcération irrégulière à base rouge et indurée, indolente, s'accompagnant de prurit au moment de l'évolution, pas de ganglions.

Léger nuage d'albumine dans l'urine. Rien au cœur. Pas d'œdème des malléoles.

13 mai. — Mêmes caractères des urines qui contiennent en outre beaucoup de mucus vaginal. Traitée par l'ammoniaque, pas de réaction caractéristique. Pas de bouffissure de la face.

15 mai. — L'albumine existe en quantité notable aujourd'hui. Toujours pas d'œdème.

17 mai. — Mêmes caractères de l'urine qu'il y a deux jours après épreuve par l'acide azotique et la chaleur.

20 mai. — Très peu d'albumine. L'impétigo est presque guéri. Les ganglions sous-occipitaux ont disparu.

28 mai. — Plus d'albumine. L'impétigo est guéri à peu près complètement.

1er juin. — Plus d'albumine. Plus d'impétigo.

Le traitement institué a été le suivant :

Couper les cheveux ras. Cataplasme pour faire tomber les croûtes. Pommade au sulfate de cuivre.

Pas de traitement de l'albumine.

La malade sort le 12 juin complètement guérie.

OBSERVATION II (*In* Thèse Pollet, Lille 1911)

Impétigo. — Albuminurie passagère

Madeleine K..., trois ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Un père goutteux et arthritique. Une mère bien portante. Un frère de quatre ans et demi qui est atteint tous les ans à la belle saison de poussées d'impétigo et a présenté cette année des symptômes de néphrite concomitante avec céphalée, vomissements, œdème et albuminurie très importante.

Antécédents personnels. — Enfant dont le passé pathologique est vierge. A été nourrie par sa mère. Développement normal.

N'avait jamais eu d'impétigo jusqu'en septembre 1910. A ce moment étant en vacances en Alsace avec son frère elle fait comme lui de l'impétigo étendu de la face. Cet impétigo a été fébrile. Cette enfant n'a pas présenté de phénomènes de néphrite, mais en même temps qu'on examinait les urines de son frère, on a examiné les siennes et on y a trouvé 0,90 d'albumine. On la met au même traitement que son frère, c'est-à-dire compresses emollientes, eau oxygénée, pâte à l'oxyde de zinc sur les croûtes d'impétigo et régime lacté absolu.

Elle rentre à Roubaix dans sa famille le 15 octobre.

M. le professeur Carrière la voit en ce moment en consultation avec M. le Dr Butruille.

C'est une belle enfant, vigoureuse, sans aucune tare ra-

chitique, ne présentant que des traces cicatrisées de son éruption impétigineuse et à ce moment rien à noter du coté d'aucun organe.

Les reins ne sont pas palpables.

Examen de l'urine. — Quantité : 1.000 centimètres cubes.

Albumine	0,25
Urée	13,68
Acide urique	0,58
Acide phosphorique	1,50
Chlorure de sodium	3,04

Dépôt d'urates et de phosphates amorphes.

Quelques cylindres hyalins.

Après traitement, elle est revue le 21 novembre, les urines ne contiennent plus d'albumine.

Revue le 2 février 1911, elle est bien portante.

Les urines sont normales.

OBSERVATION III (Inédite)

Ecthyma. — Impétigo. — Néphrite aiguë avec œdème

Henri T..., onze ans.

Entré à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, le 7 janvier 1918.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Deux autres enfants bien portants. Une fausse couche. Un enfant mort à trois jours de convulsions après un accouchement normal.

Antécédents personnels. — Né à terme. Poids 3 kilos. Nourri au sein jusqu'à six mois. Première dent à sept mois. Premiers pas à treize mois. A eu la rougeole, les oreillons, la coqueluche.

Depuis un mois l'enfant a de la gourme, il a eu également des pustules sur les membres.

5 janvier. — Les parents remarquent que l'enfant a les paupières bouffies, on fait analyser les urines, on constate la présence d'albumine, l'enfant se plaint de douleurs lombaires et de mal de tête.

7 janvier. — A son entrée dans le service, on constate la présence de pustules d'ecthyma sur les genoux et de croûtes d'impétigo dans les cheveux. Il y a une bouffissure très marquée de la face, mais ni œdème des malléoles, ni ascite.

A l'examen du cœur et de l'appareil pulmonaire, rien de pathologique. Dans les urines on ne trouve plus d'albumine.

Le malade est mis au régime déchloruré, l'impétigo est traité par l'eau oxygénée, la vaseline boriquée et le stannoxyl. L'œdème diparaît rapidement, l'impétigo guérit, pendant un mois la température oscille entre 37 degrés et 38 degrés, l'état général est bon. On n'a plus constaté d'albumine. La cuti-réaction a été négative.

Le malade sort bien portant le 26 février.

OBSERVATION IV (Inédite)

Impétigo. — Néphrite aiguë avec œdème

Auguste B..., huit ans.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malade, salle Blache, le 5 novembre 1914.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique, tousseur. Mère gastralgique. Deux fausses couches, l'une de cinq mois, l'autre de sept mois.

Une petite fille de deux ans et demi qui a eu la scarlatine il y a quarante jours et présente actuellement un écoulement d'oreille.

Antécédents personnels. — Né à terme. Jusqu'à l'âge de quatre mois a été nourri par une nourrice au sein, ensuite a été élevé au biberon par sa mère. A un an a eu une rougeole avec bronchite. Premiers pas à dix-sept mois. A trois ans, a eu les oreillons. Aucune autre maladie. Au moment où sa petite fille a eu la scarlatine, la mère n'a rien remarqué d'anormal chez le petit Auguste, ni fièvre, ni éruption, ni angine.

Maladie actuelle. — Il y a trois semaines l'enfant a présenté des éléments d'impétigo aux doigts, à la commissure des lèvres et à la narine droite.

Depuis dix jours, il présente de la bouffissure des paupières qui s'est progressivement étendue à tout le visage. Puis le ventre a enflé et peu à peu les jambes ont augmenté de volume. L'enflure n'est pas constamment de la même intensité, c'est surtout au visage que l'on observe des variations.

Le troisième jour après l'apparition de ces symptômes la mère a donné un purgatif qui a été suivi de selles abondantes. Depuis la diarrhée a persisté. Deux selles par jour. Les urines sont en quantité normale. L'enfant sans avoir grand appétit continue à s'alimenter (régime courant, viandes, légumes). Depuis deux jours il ne prend plus que du lait.

Examen du 6 novembre. — Anasarque assez marquée.

Aux poumons : à la percussion submatité à la base droite. A l'auscultation un peu d'obscurité à la base droite.

Au cœur : on constate un petit souffle extra-cardiaque, la température est normale.

Urines : 500 centimètres cubes. Présence d'albumine.

Le malade est maintenu au régime lacté.

7 novembre. — Urines : 300 centimètres cubes. Température normale.

8 novembre. — Urines : 1.100 centimètres cubes. Température normale.

9 novembre. — Urines : 1.500 centimètres cubes. Température normale.

Albumine : 1 gramme par litre.

10 novembre. — Urines : 1.600 centimètres cubes. Température normale.

La bouffissure a presque complètement disparu.

Le malade sort guéri le 13 novembre.

La cuti-réaction à la tuberculine a été positive

OBSERVATION V (Inédite)

Ecthyma. — Impétigo. — Néphrite aiguë avec œdème

Jean M..., neuf ans et demi.

Entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, le 23 août 1918.

Antécédents héréditaires. — Les parents ont un autre enfant bien portant.

Pas d'enfant mort. Pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — Né à terme, il était très gros. Nourri au biberon par sa mère. Broncho-pneumonie à dix mois. Rougeole à sept ans. Depuis trois semaines environ, lésions impétigineuses de la face et quelques croûtes purulentes sur les bras.

Depuis le 15 août, l'enfant a commencé à enfler.

23 août. — A son entrée on constate une bouffissure très marquée de la face, œdème des membres et des bourses, un peu d'ascite.

A l'examen de l'appareil pulmonaire on ne constate rien.

A l'examen du cœur on trouve des bruits assourdis, et un souffle extra-cardiaque.

Un peu de muco-pus dans le pharynx.

Température : Matin, 37°2 ; soir, 37°1.

Urines : 200 centimètres cubes. Présence d'albumine.

24 août. — Température : matin, 37°2 ; soir, 38°1.

Urines : 200 centimètres cubes. Poids du malade : 27 kgr. 200.

25 août. — Température : matin, 37 degrés ; soir, 38°2.

Urines : 500 centimètres cubes.

Au cœur un souffle extra-cardiaque. Le pouls est un peu dur, irrégulier, inégal. Foie un peu gros. Pas de vomissement. Pas de céphalée.

26 août. — Température : matin, 38°2 ; soir, 38 degrés.

Urines : 500 centimètres cubes. Poids du malade 27 kgr. 100

Cœur plus régulier. Pas de diarrhée ni de vomissement.

Pas d'ascite. L'œdème a un peu diminué. Urines plus abondantes. Foyer de râles muqueux à la base droite.

27 août. — L'état général reste sérieux. On applique quatre ventouses scarifiées à la région lombaire. Enveloppements chauds du thorax. Une cuillerée à café de teinture de Jalap composée.

Diète hydrique : prendre en vingt-quatre heures 500 grs. d'eau.

Température : matin, 37 degrés ; soir, 37 degrés.

Urines : 500 centimètres cubes.

28 août. — Les œdèmes ont notablement diminué. Mêmes signes à la base pulmonaire droite. Le cœur est toujours un peu mou. Diurèse plus abondante. Régime 500 eau, 200 lait.

Température : matin, 37 degrés ; soir, 37 degrés.

Urines : 1.000 centimètres cubes. Poids du malade 26 kgr. 900.

29 août. — Le malade presque guéri est emmené par sa famille.

La cuti-réaction a été positive.

OBSERVATION VI (*in* thèse Fontanié. Paris, 1903)

Impétigo. — Néphrite aiguë congestive

Louisa G..., sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère gastralgique. Cinq autres enfants bien portants.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au sein. A eu la rougeole à deux ans.

Depuis le 19 août, plaques croûteuses d'impétigo sur tout le cuir chevelu, lésions eczémateuses et parasitaires du tronc. L'enfant entre pour cela dans le service de M. le Dr Guinon, le 19 octobre.

On coupe les cheveux, on fait tomber les croûtes qui recouvrent le cuir chevelu par des applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre. On met ensuite des compresses d'eau d'Alibour coupée de deux volumes d'eau mais laissées en permanence et recouvertes de taffetas imperméable.

21 octobre. — L'enfant rend 800 grammes d'urine rougeâtre avec dépôt abondant de flocons rougeâtres, on trouve par l'acide azotique une grande quantité d'albumine. L'examen microscopique du sédiment montre en abondance des globules rouges, quelques cylindres granuleux et quelques cylindres épithéliaux.

On fait le diagnostic de néphrite hémorragique qu'on hésite à attribuer à l'impétigo où à l'application de compresses d'eau d'Alibour.

On remplace ces dernières par des compresses d'eau bori-

quée. L'enfant ne paraît pas autrement incommodée par l'existence de la néphrite, la température oscille aux environs de 37 degrés. Pas de céphalée. Pas d'œdème.

25 octobre. — L'urine contient encore de l'albumine et reste légèrement hématurique, l'enfant sort le 3 novembre sur la demande de ses parents. Elle est actuellement améliorée, l'albuminurie persiste légère mais l'hématurie a cessé.

OBSERVATION VII (Nobécourt et Voisin, *Arch. de Méd. des enfants*, décembre 1909.)

Impétigo. — Néphrite aiguë congestive

Roger B..., trois ans et demi.

Entre à l'hôpital le 18 novembre 1908, salle Bouchut parce qu'il a les urines noires.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, éthylique. Mère bien portante. Deux frères aînés bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme après une grossesse normale, premiers pas à onze mois, jamais malade.

Histoire de la maladie. — Il y a douze jours, à la suite, disent les parents, de la disparition d'impétigo, ils se sont aperçus que les urines étaient teintées de sang.

A ce moment il y a eu de la fièvre, un à trois jours. Malgré le lit et le régime lacté les urines sont devenues de plus en plus noires. Jamais l'enfant ne s'est plaint de la gorge. Pas de scarlatine dans son entourage.

Examen. — Enfant bien constitué. Taille 0 m. 97. Au niveau du menton et du cuir chevelu quelques traces d'impétigo, les ganglions du cou surtout du côté droit sont aug-

mentés. Aucun signe de tuberculose. Les poumons, la gorge sont normaux, pas de traces de desquamation. La langue un peu saburrale.

Il existe un léger degré d'œdème des bourses. Poids du malade 14 kgr. 400.

Urines presque noires, 3 à 4 grammes d'albumine par litre. L'intra-dermo-réaction à la tuberculine est négative. La pression artérielle est de 10,50 au Vaquez.

2 décembre (quatorzième jour de la maladie). — Nous trouvons une surface précordiale augmentée, la pointe bat derrière la cinquième côte. La pression artérielle est de 11,25 au Potain, 11 au Vaquez. L'enfant est mis au traitement, on lui donne un gramme de chlorure de calcium car ses urines continuaient à être rouges. Le poids baisse assez vite, il est de 13 kgr. 750 puis 13 kgr. 300. Pression artérielle 10,25. Le poids se maintient entre 13 kgr. 300 et 14 kilos, la quantité d'albumine et la couleur hémorragique ont diminué progressivement. L'enfant quitte l'hôpital le 10 janvier. Il rentre le 20 janvier avec un peu de dyspnée et une voix rauque, ses urines sont jaunes orangé et histologiquement hémorragiques. Elles contiennent 0,20 d'albumine. Il est mis à la diète aqueuse (2 litres).

21 janvier. — La matité cardiaque est de 59,600. La ligne horizontale est de 12 centimètres, le bord droit déborde le sternum de 1 cm. 5 la pointe derrière la sixième côte. Foie déborde les fausses côtes de 3 centimètres. La pression artérielle est de 3,5 au Potain, de 10 au Vaquez. Les jours suivants le poids baisse et tombe à 14 kgr. 300, l'albumine disparaît et l'enfant quitte l'hôpital le 14 février. Il pèse alors 15 kgr. 500 et est en bonne santé.

OBSERVATION VIII (Decio Felici traduit par Saurain)

Eczéma impétiginé. — Néphrite avec urémie

Dans les Archives italiennes de Pédiâtrie, en mars 1892, le Dr Decio Felici (Due casi di nefrite acuta da eczema) relate les cas d'une fillette de douze ans et de son frère âgé de six ans qui étaient porteurs depuis quelque temps d'un eczéma impétiginé négligé et laissé sans traitement, cet eczéma formait des croûtes épaisses sur la tête et sur le cou.

L'auteur fut appelé non pas pour s'occuper de cette éruption mais pour parer à des accidents beaucoup plus graves : œdème de la face et des extrémités, dyspnée, bronchite, oligurie. Il constata la présence d'albumine et de cylindres dans l'urine. La jeune fille eut des accidents de plus en plus graves, de l'éclampsie, du coma et mourut.

Le petit garçon au contraire, guérit grâce au régime lacté, aux diurétiques, aux frictions avec l'huile chaude. Dans les deux cas les symptômes indiquaient une néphrite parenchymateuse.

OBSERVATION IX (Duvernay, *in* Lyon médical, 1909)

Impétigo. — Néphrite. — Urémie cérébrale. — Mort.

Marie E..., sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants. Père bien portant. Mère de santé débile. Mourut plus tard de tuberculose. Un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — Pas d'autre maladie que la coqueluche il y a deux ans, elle eut comme complication une otite. La suppuration ne persista pas. Elle était vive, non oppressée, courait comme toutes ses amies. Aucune fièvre éruptive. Pas d'angine, rien qui puisse faire penser à une atteinte rénale antérieure.

Il y a quinze jours, presque brusquement, des croûtes sont apparues au visage et à la tête. Très rapidement, le cuir chevelu fut envahi dans son entier. Un confrère consulté à ce moment ordonna des cataplasmes d'amidon et une pommade au protargol.

Depuis huit jours l'enfant jusque-là très gaie n'est pas bien, elle est lasse, s'essouffle facilement, perd l'appétit.

Depuis trois jours elle est gravement malade, d'abord est apparu un œdème progressif qui a débuté par les membres inférieurs et a envahi peu à peu la face et le tronc. Puis survint une dyspnée très vive, presque permanente avec paroxysmes. Enfin hier elle a eu une crise de convulsions après laquelle elle est restée hémiplégique à droite avec aphasie.

Bien qu'on ait employé les médications d'usage, l'état ne s'améliore pas et c'est pour cela que je suis appelé en consultation le 26 novembre 1906.

A l'arrivée la malade est dans une sorte de stupeur. Elle ne répond ni aux questions ni aux appels. Les deux membres droits sont inertes, la face est déviée à gauche.

Il y a une légère bouffissure de la face. Le front est couvert de croûtes d'impétigo, le cuir chevelu également, mais ici il existe une véritable suppuration surajoutée et liée à l'état de malpropreté de l'enfant.

Les jambes sont enflées et l'œdème remonte à mi-cuisse.

Le pouls est très instable, battant de 30 à 37 au quart, ce qui donne de 120 à 150 à la minute.

Il y a un œdème pulmonaire bilatéral remplissant presque tout le poumon. A droite léger épanchement pleural avec deux ou trois travers de doigt de matité à la base. Dyspnée très vive.

Le cœur est difficilement perçu à cause des bruits pulmonaires, il ne semble pas y avoir de galop.

Le foie est un peu gros et dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt.

Urines très rares, la valeur de deux verres depuis hier, rouges foncé. Contiennent un disque épais d'albumine caillebotée.

Il n'est pas noté d'inégalité pupillaire ; les deux pupilles sont petites.

Il est ordonné une nouvelle purgation, des sangsues au bas des reins et des ventouses dans le dos.

Comme boisson un peu d'eau ou de tisane diurétique et une potion de chloral.

A 9 heures et demie du soir, nouvelle crise convulsive moins forte que la veille. La respiration reste précipité toute la nuit, malgré les révulsifs.

27 novembre. — Urines toujours aussi rares. Dyspnée vive. Etat comateux. Meurt à 11 heures du matin.

OBSERVATION X

(Guinon, *in Bull. Soc. de Pédiâtrie* 1906).

Impétigo. — Broncho-pneumonie. — Néphrite aiguë.

S. E..., dix huit mois.

Entrée dans le service le 2 novembre 1905.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère délicate. Il y a eu quatre enfants, tous morts, l'un à trois ans, deux au troisième mois, le dernier mort-né ; on ne peut savoir pourquoi ces enfants ont succombé.

Antécédents personnels. — La petite malade venue à terme élevée au biberon, n'a jamais été malade. Elle a depuis plusieurs mois de l'impétigo dont l'intensité varie de temps à autre mais qui n'a jamais été soigné.

La maladie actuelle a débuté il y a six jours par de la fièvre, des vomissements et une diarrhée abondante et verdâtre, en même temps l'enfant a commencé à tousser. Les parents ont remarqué de la bouffissure du visage, de l'œdème des pieds et du gonflement du ventre.

Examen à l'entrée. — Enfant bouffie, œdématiée, présentant de la cyanose des extrémités et une certaine gêne respiratoire.

La face, le cuir chevelu, le cou présentent des lésions d'impétigo en voie de dessèchement. Sur les deux bras jusqu'au niveau du coude existent également des placards impétigineux et çà et là quelques ecchymoses de petite taille.

Le visage est bouffi, les paupières gonflées, la peau du tronc, du ventre, des aines est tremblotante, il existe de

l'œdème des jambes et des pieds. Les extrémités sont refroidies, la peau sur tout le corps est marbrée de taches violacées. Le ventre est ballonné tendu, sonore, il ne paraît pas y avoir d'ascite. Langue saburrale un peu rouge à la pointe. Rhinite purulente accentuée.

La toux est fréquente, la dyspnée assez vive, respiration expiratrice de Bouchut et léger battement des ailes du nez.

A l'examen des poumons, on trouve au sommet droit, en avant : de la résistance au doigt avec submatité, en arrière : au sommet gauche une respiration soufflante, des râles sous-crépitants et presque partout de l'obscurité respiratoire et des râles de bronchite disséminés.

La rate est volumineuse, débordant les fausses côtes, le foie paraît normal.

On obtient à grand'peine quelques gouttes d'une urine épaisse, foncée qui renferme environ un gramme d'albumine. Il n'y a pas d'hématurie. L'état général est altéré avec tendance à l'asphyxie. La température s'élève à 40°4.

Diagnostic. — Néphrite aiguë et broncho-pneumonie au cours d'un impétigo. L'évolution de la maladie est rapide. La température tombe à 37°4 le 4 novembre, sans que l'enfant soit en meilleur état. Les signes physiques pulmonaires augmentent d'intensité des râles humides bruyants apparaissent du haut en bas des poumons prédominant à droite, il s'y adjoint des râles fins aux deux bases, à droite surtout. Il n'y a pas de vomissement mais un peu de diarrhée liquide les urines sont presque nulles.

Malgré la diète hydrique, les inhalations d'oxygène, les ventouses scarifiées, les bains chauds, l'aggravation s'accen-

tue et la température remonte au-dessus de 39 degrés ; les urines se suppriment presque complètement, la cyanose et le refroidissement périphérique augmentent et l'enfant succombe le 7 novembre en pleine asphyxie.

Autopsie le 9 novembre (trente-sept heures après la mort).

Pas d'adhérences pleurales, pas de liquide dans les plèvres. Congestion intense des deux poumons, un peu d'œdème, un peu de broncho-pneumonie à la base droite. Pas de tuberculose. Ganglions du hile peu développés, inflammatoires, non tuberculeux. Cœur d'aspect normal, rempli de caillots mous. Poids, 85 grammes

Foie volumineux, pesant 640 grammes, de coloration violacée périhépatite légère, à la coupe, congestion intense, le foie est gorgé de sang, par endroits dans les deux lobes, aspect de foie muscade et cela surtout au voisinage de la périphérie de l'organe. Quelques taches pâles comme cela se voit dans les foies infectieux.

Reins pesant 110 grammes pour les deux, extrêmement pâles. La capsule se décortique très bien et laisse voir au-dessous d'elle un tissu blanchâtre sur lequel tranchent vivement de belles étoiles de Verheyen. La zone corticale paraît extrêmement mince mais il est réellement impossible de distinguer les deux zones, corticale et médullaire tant est uniforme la pâleur du tissu rénal. Sur ce fond incolore de toute la région labyrinthique tranchent en rose violacé, les pyramides de Malpighi.

La rate pèse 75 grammes. Elle est volumineuse, très ferme, de coloration lie de vin, parsemée de taches blanchâtres, irrégulières de toutes tailles. A la coupe aspect

bigarré, avec zones violet foncé presque noires, surtout abondantes à la périphérie.

Capsules surrénales d'aspect normal.

En aucun organe il n'y a de tuberculose.

Examen histologique. — Aux poumons, lésions de broncho-pneumonie, noyaux hépatisés, peu de fibrine, infiltration leucocytaire énorme des conduits bronchiques. Pas de tuberculose, pas de sclérose, pas d'œdème appréciable.

Foie. — Dilatation des capillaires hépatiques, infiltration des espaces portes par des cellules embryonnaires avec ébauche de sclérose annulaire, début d'épaississement et des veines portes et des branches de l'artère hépatique. Quelques cellules en dégénérescence graisseuse, quelques cellules à plusieurs noyaux, çà et là en plein tissu, amas embryonnaires formant une ébauche de petits abcès miliaires. Légères lésions de sclérose capillaire trabéculaire et par places, capillaires distendus par des cellules embryonnaires et à parois épaisses.

Rate.— Congestion notable, pas de lésion appréciable.

Capsules surrénales. — Congestionnées, nombreux vaisseaux gorgés de sang dans la substance centrale. Pas de lésions de l'écorce.

Reins. — Lésions de néphrite subaiguë, semblant évoluer vers la chronicité. Très légère atteinte des glomérules. Quelques-uns sont un peu infiltrés de cellules rondes et on note une multiplication des noyaux de la capsule de Bowman.

Tubes à épithélium un peu bas, la plupart dilatés.

Elargissement notable du tissu interstitiel et par places grosse infiltration de cellules embryonnaires.

Çà et là l'épithélium des tubes est desquamé, la lumière

est obstruée par les cellules tombées venues de l'épithélium et des masses d'albumine coagulées, beaucoup de ces cellules ont perdu leurs noyaux. Sclérose interstitielle soit intertubulaire soit périglomérulaire, quelques capsules ayant trois et quatre rangées de cellules à noyaux fusiformes.

Il a été impossible de déceler sur ces coupes la présence de microbes soit par coloration simple soit par la méthode de Gram.

OBSERVATION XI (Inédite)

Impétigo. — Néphrite subaiguë congestive. — Tuberculose

Angèle A...., quatre ans et demi.

Entre le 25 octobre 1918, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de tuberculose.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole. Est sujette aux bronchites répétées.

Elle entre à l'hôpital parce qu'elle présente depuis une quinzaine de jours des plaques d'eczéma impétiginé.

A l'examen les croûtes couvrent les régions frontale et pariétales antérieures du cuir chevelu, sur la face elles s'étendent sur le front, les joues et autour de la narine gauche.

On constate la cicatrice d'une vaste brûlure consécutive à l'application d'un cataplasme trop chaud et qui occupe toute la région pectorale.

Des deux côtés du cou, mais surtout à gauche, il y a de

l'adénite cervicale avec ganglions petits non douloureux sans périadénite.

Il n'y a pas de fièvre. La cuti-réaction à la tuberculine a été positive.

Le traitement habituel contre l'impétigo lui est prescrit, consistant en lavages à l'eau oxygénée pure puis en applications de vaseline boriquée. L'état des lésions cutanées s'améliore rapidement lorsque brusquement :

6 novembre. — Les urines sont réduites en quantité et présentent une teinte sanglante. Par la chaleur et l'acide acétique on précipite un gros nuage d'albumine, l'épreuve par le pyramidon révèle la présence d'hémoglobine.

7 novembre. — On constate de la bouffissure du visage, il y a également de l'œdème prétibial et malléolaire ainsi qu'un peu d'ascite.

Le cœur est légèrement dilaté, élargissement de la matité en dehors du bord droit du sternum. Les battements cardiaques sont ralentis, le deuxième bruit assourdi.

Néanmoins l'état général est bon, l'enfant n'est pas abattue, il n'y a toujours pas de fièvre.

La malade est mise au régime lacté.

En pratiquant l'examen microscopique du culot de centrifugation des urines on constate la présence d'un grand nombre d'hématies et on reconnaît une chaînette de streptocoques.

10 novembre. — Les œdèmes ont disparu. L'état général est satisfaisant. Les urines sont toujours sanglantes.

A l'examen elles contiennent toujours de l'albumine et de l'hémoglobine. Pas de fièvre.

Du 10 au 20 novembre. — Urines foncées, rougeâtres, contenant albumine et hémoglobine.

21 novembre. — Brusque poussée de température à 39 degrés. Submatité dans l'hémithorax droit, submatité sous la clavicule droite, souffle au niveau de l'épine de l'omoplate.

22 novembre. — La température est revenue à la normale, les signes stéthoscopiques précédents ne sont plus retrouvables.

25 novembre. — La température est normale, légère submatité dans l'hémithorax droit. Obscurité respiratoire vers la pointe de l'omoplate avec souffle très léger sur le bord spinal de l'omoplate. Légère submatité sous la clavicule gauche. Expiration légèrement bronchique.

Au cours du mois passé les urines ont toujours été de couleur rouge, l'examen y a toujours révélé de l'albumine et de l'hémoglobine. L'émission quotidienne était de 300 grammes environ avec tous les trois ou quatre jours une émission plus abondante de 800 grammes environ. Pas de bacille de Koch dans les urines.

L'enfant ne se plaint de rien, toutefois elle est triste et reste pâle et apathique.

4 décembre. — La température monte à 38°5, on entend quelques râles ronflants discrets plus abondants à droite.

9 décembre. — Depuis le 4 la température oscille de 37°5 à 39 degrés, aucune modification de la sonorité et de la respiration en arrière.

En avant, son de percussion un peu plus élevé. Quelques râles muqueux dans la région sous-claviculaire gauche. Pression artérielle : 6 au Potain.

16 décembre. — Les oscillations thermiques ont persisté. Submatité à la base gauche, râles ronflants disséminés; au sommet gauche, respiration bronchique avec quelques râles muqueux après la toux.

En avant submatité sous la clavicule gauche, râles muqueux à bulles moyennes et à bulles fines.

Pour la première fois depuis le 6 novembre les urines ne contiennent ni sang ni albumine.

18 décembre.— A la base gauche, moins de râles muqueux.

Sous la clavicule gauche mélange de râles ronflants, sibilants et muqueux.

L'albumine et le sang n'ont pas reparu dans les urines.

La température oscille toujours entre 38 et 39 degrés.

3 janvier.— L'enfant a subi un amaigrissement progressif, elle est très pâle et constamment abattue, la fièvre persiste.

A l'auscultation, à droite on entend des râles muqueux au niveau de l'épine scapulaire. A gauche, sous la clavicule, submatité et râles humides à moyennes bulles. Plus jamais ni sang ni albumine dans les urines.

11 janvier. — Seulement des sibilances à droite. Râles humides à moyennes et à grosses bulles et sous la clavicule gauche.

15 janvier. — Toujours des oscillations thermiques.

A la percussion, submatité complète au sommet gauche.

A l'auscultation, gros râles muqueux au sommet droit sous la clavicule droite, souffle cavitaire et râles caverneux.

L'enfant dont l'état est de jour en jour plus alarmant est emmenée par sa famille le 20 janvier.

OBSERVATION XII (Inédite)

Ecthyma. — Impétigo. — Néphrite subaiguë
Accidents urémiques. — Syphilis probable

Roger H..., sept ans.

Le malade entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Blache, le 3 janvier 1919.

Antécédents héréditaires. — Père tué à la guerre. Mère bien portante. Deux enfants morts, l'un du croup à l'âge de de deux ans, l'autre qui était né avant terme est mort âgé de vingt-trois jours.

Antécédents personnels. — Né au huitième mois pesant 3 kilos. Elevé au biberon. Il a fait ses premiers pas à vingt-sept mois. Il a eu une méningite à l'âge de dix mois. Il a également eu la rougeole, la coqueluche et une broncho-pneumonie. Il y a trois mois il a été atteint de la grippe.

Il y a un an, au mois de décembre 1917, l'enfant a eu de l'anasarque qui a débuté par la face puis en quatre ou cinq jours s'est étendu aux membres et au tronc. En même temps l'enfant s'est plaint de céphalée et de douleurs dans les jambes. Pendant les cinq premiers jours les urines ont été troubles et peu abondantes puis il y a eu une légère polyurie (1 litre environ). L'ensemble des accidents a duré trois semaines. Trois analyses d'urine ont été faites, la première le lendemain même de l'anasarque, les deux autres à la fin de janvier et en février. Toutes les trois ont été négatives (?).

La santé de l'enfant a été bonne depuis.

Histoire de la maladie actuelle. — Le 1er janvier est appa-

rue de la bouffissure du visage, l'enfant s'est plaint de céphalée et de brouillard devant les yeux.

2 janvier. — L'œdème a gagné les jambes, la céphalée a persisté ainsi que les troubles oculaires. L'enfant a eu des vomissements. Les urines ont été très peu abondantes. Un examen qui a porté sur 55 centimètres cubes a permis de constater 6 gr. 50 d'albumine par litre.

L'enfant a été purgé, on lui a appliqué huit ventouses scarifiées sur la région lombaire.

3 janvier. — L'œdème s'est accentué, l'enfant entre à l'hôpital.

4 janvier. — A la visite on constate un œdème très accentué du visage, les yeux sont cachés par des paupières bouffies, les joues sont gonflées, les jambes sont uniformément cylindriques, le dos des mains est bombé comme une pelote. La paroi abdominale et les flancs sont également infiltrés. Il n'y a pas d'ascite. Le teint est pâle.

On constate la présence de quelques pustules d'ecthyma sur la cheville gauche, sur le genou droit, sur le flanc droit. Quelques croûtes d'impétigo sur le menton. Lésions de grattages sur la nuque et à la région interscapulaire. Tourniole au pouce gauche et au médius droit.

L'enfant dit qu'il n'a pas mal à la tête, il se plaint de douleurs lombaires. Il n'accuse ancun trouble oculaire, ni brouillard, ni mouches volantes.

Tube digestif. — Il n'y a pas eu de vomissements aujourd'hui. Langue sale. Ventre un peu sensible. Foie normal. Rien à la gorge ni au pharynx. Une selle diarrhéique.

Système circulatoire. — Les bruits du cœur sont bien frappés. Le pouls fort et vibrant, 90 pulsations à la

minute. Pas de bruit de galop. L'ère de matité cardiaque est normale. Tension au Potain 11,5.

Appareil respiratoire. — Quelques râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons.

Appareil urinaire. — La palpation des reins est douloureuse mais on ne peut les percevoir. Depuis 18 heures le malade n'a uriné que quelques gouttes troubles et foncées dans lesquelles on précipite par la chaleur de gros flocons d'albumine. Par le pyramidon on ne peut révéler de sang.

Rien d'autre à signaler si ce n'est un peu d'adénite angulo-maxillaire des deux côtés.

Poids du malade 28 kgr 100.

Le malade est mis au régime : 400 grammes de lait et 400 grammes d'eau pour vingt-quatre heures.

5 janvier. — L'anasarque n'est pas diminuée. Le malade a eu un épistaxis. Une selle diarrhéique. Quantité des urines : 200 centimètres cubes.

Poids du malade 28 kgr 100.

Même régime, c'est-à-dire 400 grammes de lait et 400 gr. d'eau.

6 janvier. — L'aspect du malade est le même. Quelques râles ronflants à la base gauche. Le malade a eu durant la nuit une selle mélangée de sang, le matin une nouvelle selle d'aspect bilieux mais par la réaction du pyramidon on y révèle la présence du sang.

Urines 300 centimètres cubes. Tension au Potain 7.

Poids 27 kgr 900. Les urines contiennent encore beaucoup d'albumine. On maintient le même régime.

7 janvier. — Le visage paraît un peu moins bouffi. Quantité des urines : 400 centimètres cubes. Gros nuage d'albu-

mine, par le pyramidon on reconnaît la présence d'un peu de sang, à l'œil nu, les urines sont jaunes, sans reflet sanglant.

Poids 26 kgr 700.

L'examen du cœur et du poumon ne révèle rien.

Même régime.

8 janvier. — Quantité des urines : 600 centimètres cubes. Poids du malade 25 kgr 800. Néanmoins les œdèmes sont toujours aussi marqués.

Le soir le malade se plaint de céphalée et vomit une fois.

9 janvier. — Quantité des urines : 800 centimètres cubes. Le visage paraît un peu moins bouffi.

Au cours de la journée le malade a encore quelques vomissements presque uniquement aqueux.

Dans la nuit les vomissements persistent et s'aggravent. A 1 h. 30 du matin, le malade est pris de crises convulsives, l'interne de garde lui fait une saignée de 250 grammes environ, on lui fait une injection d'éther, il repose alors jusqu'à 5 heures du matin, il est alors pris à nouveau de convulsions, on lui applique des ventouses.

10 janvier. — Au matin, il est alternativement abattu, presque comateux, puis agité et délirant, hypéresthésique lorsqu'on le touche.

On pratique une ponction lombaire, le liquide est clair, hypertendu, albumineux. La quantité des urines est de 250 grammes, elles contiennent du sang et de l'albumine. Les vomissements ont cessé.

Pouls très hypertendu, bruits du cœur fortement claqués. Il est mis uniquement à l'eau.

Le dosage du sang décèle 3 gr. 74 d'urée par litre ; le dosage

du liquide céphalo-rachidien indique 0 gr. 55 d'urée par litre.

11 janvier. — Le malade est mieux, quoique toujours agité et irritable. La quantité des urines est de 600 centimètres cubes, de coloration presque noire.

Régime : eau sucrée et décoction d'orge.

12 janvier. — Urines : 1 litre. Elles sont troubles et de coloration sanglante.

Quelques râles sibilants et ronflants à la base gauche.

Le cœur est énergique, il y a pourtant une légère arythmie.

Le malade est maintenu au même régime.

13 janvier. — Urines : 1 litre, extrêmement troubles.

Le visage du malade est très désenflé, mais l'œdème des jambes n'a pas regressé.

On donne au cours de la journée 1 litre d'eau et 2 cuillerées de lait.

14 janvier. — Urines : 800 centimètres cubes.

Le visage est entièrement désenflé, les jambes sont également très dégonflées.

Les urines contiennent toujours du sang et de l'albumine.

Le malade est autorisé à boire 250 grammes de lait et 600 grammes d'eau.

15 janvier. — Les œdèmes ont entièrement disparu ; 750 grammes d'urines boueuses et rouges qui contiennent :

Urée.....	5,08 o/oo
Chlorures.....	0,87 o/oo
Albumine.....	3,60 o/oo

16 janvier. — Urines : 750 centimètres cubes; teinte sanglante. Contenant beaucoup d'albumine, au microscope nombreux globules rouges, pas de cylindres.

Les résultats de la cuti-réaction pratiquée le 14 sont négatifs.

17, 18, 19 janvier. — Urines : 1 litre, teinte rouge cerise contenant de l'albumine et du sang.

Le malade est arrivé progressivement à boire 800 grammes de lait par jour.

20 janvier. — On lui accorde de la purée de pommes de terre sans sel et du riz comme supplément à sa ration de lait.

22 janvier. — On constate que la réaction de Bordet Wassermann est positive.

Les urines sont toujours rouges et contiennent du sang, mais à peine d'albumine.

On maintient le même régime et on prescrit trois fois XXX gouttes de lactate de mercure par jour.

25 janvier. — Les urines toujours très rouges contiennent à peine d'albumine.

Le malade semble revenu à la normale.

1er février. — Les urines conservent toujours le même aspect, elles sont à peine louches lorsqu'on les traite par la chaleur,

5 février. — L'enfant a toutes les apparences de la santé. Les urines sont abondantes, environ 1.200 centimètres cubes par vingt-quatre heures, elles sont toujours rouges, donnant une réaction très nette par le pyramidon, après filtration et chauffage le liquide est à peine opalin, ce qui doit être rapporté plutôt à la présence du sang qu'à la présence d'albumine.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de l'ecthyma on peut voir survenir une arthrite infectieuse qui est sous la dépendance de la lésion cutanée.

II. — Chez des malades atteints d'ecthyma, d'impétigo ou d'eczéma impétiginé on peut assister à l'évolution d'une néphrite.

III. — Cette néphrite apparaît surtout lorsque les lésions cutanées existent depuis un certain temps déjà, lorsqu'elles ont été traitées sans ménagements, lorsqu'elles ont été maintenues sous un pansement hermétique.

IV. — L'infection pyodermique peut être la cause unique et suffisante de l'inflammation rénale.

V. — Plus souvent elle n'agit que comme cause occasionelle chez des malades en état de « débilité rénale » soit par suite de maladies aiguës antérieures, soit par cœxistence de tuberculose ou de syphylis.

IV. — Dans ces deux derniers cas il faut de plus toujours soupçonner la possibilité d'une néphrite purement syphilitique ou purement tuberculeuse. Ce n'est qu'après un examen complet qu'on pourra fixer le diagnostic.

VII. — La néphrite réellement imputable à l'ecthyma ou à l'impétigo peut revêtir les formes suivantes :

Albuminurie passagère ;

Néphrite aiguë avec œdème ;

Néphrite aiguë hémorragique ;

Néphrite aiguë avec urémie ;

Néphrite subaiguë.

VIII. — Le pronostic de ces néphrites est le plus souvent bénin. Il importe de prescrire aux malades un régime dietétique sévère ; en l'aidant d'un traitement local dirigé contre l'infection cutanée, on obtient rapidement la cessation des phénomènes d'inflammation rénale.

Vu : le Président de la thèse,
MARFAN

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Apert. — Précis des maladies des enfants, 2e édit., 1914.

Astros. — Les infections cutanées des nourrissons (Archives de Médecine des enfants, mars 1905).

Auché. — Albuminurie au cours de l'impétigo et eczéma impétigineux des enfants (Journal de médecine. Bordeaux, 1997).

Augagneur. — Néphrites infectieuses dans la lymphangite et l'ecthyma, albuminurie dans les lésions de la peau (Lyon médical, 1885).

Bezy. — L'Impétigo à la clinique infantile de la Faculté de médecine de Toulouse du 1er janvier 1891 au 31 décembre 1892 (Midi médical, 1893).

Bienaimé Dewoyno. — Mort subite au cours de l'impétigo. Thèse de Paris, 1907.

Boulloche et Grenet. — Un cas de collapsus grave au cours de l'eczéma chez un nourrisson (Gazette des Hôpitaux, juin, 1906).

Bourcy. — Des déterminations articulaires des maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1883.

Boyer. — De l'albuminurie liée aux affections cutanées. Thèse de Lyon, 1883.

Brocq. — Traité élémentaire de dermatologie pratique, t. I, 1907.

Canali. — Archives italiennes de Pédiâtrie, 1891-92.

Castaigne. — Les maladies des reins (collection du Livre du médecin, 2e édition, 1918).

Cazal. — Sur un cas de néphrite aiguë consécutif à des lésions impétigineuses (Archives de médecine des enfants, 1905).

Celoni. — Sur un cas de néphrite parenchymateuse aiguë avec terminaison mortelle au cours d'un impétigo (Archives italiennes de Pédiâtrie, 1893).

Coffin. — Etude sur le rein des tuberculeux et sur la néphrite tuberculeuse en particulier. Thèse de Paris, 1890.

Cohadon. — Contribution à l'étude de l'albuminerie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis. Thèse de Paris, 1882.

Comby. — Note sur quelques formes et localisations de l'impétigo chez les enfants (France médicale, 1887).

Concetti. — Archives italiennes de Pédiâtrie, 1891-1892,

Darier. — Précis de dermatologie, 1918.

Decio. — Archives italiennes de Pédiâtrie, 1891-1892.

Duprey. — Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant (France médicale, 1891).

Duval. — Des éruptions rénales. Thèse de Paris, 1880.

Duvernay. — De la néphrite impétigineuse (Lyon médical, avril 1909).

Eichorst. — Sur la néphrite de l'impétigo (Deutches Arch. für klinische medicin, 1916).

Farah Negib. — Contribution à l'étude de la néphrite impétignieuse. Thèse de Paris, 1918.

Filia. — Contribution à l'étude de la néphrite post-impétigineuse de l'enfance (Polyclin., Rome, 1902).

Feulard. — Pyodermite impétigineuse de la face, stomatite consécutive, adéno-phlegmon du cou, albuminurie (Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1895).

Fontanié. — Les hématuries rénales dans la néphrite chez les enfants. Thèse de Paris, 1903.

Gaucher. — Complications et diagnostic de l'impétigo (Revue internat. de méd. et de chirurgie, 1907).

Guaita. — Archives italiennes de Pédiâtrie, 1891-1892.

Guiard. — De la néphrite dans l'impétigo chez l'enfant. Thèse de Paris, 1907-1908, n° 267.

Guinon et Pater. — Complications rénales au cours de l'impétigo et de l'eczéma impétigineux (Bulletin de la Société de Pédiâtrie, 1906).

Hutinel. — Les maladies des enfants, 1909, t. II.
Journal des Praticiens, 25 janvier 1908.
Paris médical, 25 janvier 1919.

Kovacs. — Un cas de néphrite à la suite de l'impétigo, (Gyogyaszat, Budapest, 1912).

Lavenant. — La néphrite aiguë tuberculeuse. Thèse de Paris, 1906.

Maille. — Mort subite au cours de l'eczéma chez l'enfant. Thèse de Paris, 1907.

Malherbe. — Gazette médicale, Nantes, 1909.

Marfan. — Les eczémas des nourrissons (Semaine médicale, 1894, p. 138).

— La néphrite chronique de l'enfance (Presse médicale, 27 avril 1901).

Martiréné. — Réflexions sur quelques cas d'arthrite aiguë des enfants. Thèse de Paris, 1898.

Mauclair. — Arthrites (in Traité Le Dentu et Delbet, t. VII, 1909).

Müller. — Un cas de néphrite par impetigo contagiosa (Iahrbuch für kinderheilkunde, 1890).

Nageotte Wilbouchivitch. — Deux cas de néphrite au cours de l'impétigo (Bulletin de la Société de Pédiâtrie, 1906).

Pollet. — Des néphrites impétigineuses. Thèse de Lille, 1911.

Pollini. — Histo-génèse de la néphrite post-impétigineuse (Folia clin. chim. et micros. Salsomaggiore, 1911-1912).

Roussel. — Loire médicale, 1895.

Saint-Philippe. — Archives cliniques de Bordeaux, 1892.

Salvioli. — Glomerula nefriti consecutiva ad eczema impetigo (Archives de Wirchow. Hirsh, 1879, p. 186).

Saurain. — Complications internes de quelques dermatoses. Thèse de Paris, 1897.

Sirugues. — Impétigo de la tête et ses complications. Thèse de Paris, 1881.

Tinel. — Les néphrites tuberculeuses (Gazette des Hôpitaux, 10 août 1907).

Villaret. — Tuberculose rénale (Revue de la tuberculose, juin et juillet 1907).

Villate. — Etude des complications rénales dans l'impétigo. Thèse de Bordeaux, 1907.

Widal. — Pseudo-rhumatismes (in Traité de médecine et Thérapeutique, t. VIII, 1914).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 3997-19